

**bollettino bimestrale
anno XXV
numero 4
maggio - agosto
2010**

RIVISTA BIMESTRALE DI INFORMAZIONE MEDICA

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1 co. 1, DCB Trieste

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

GLI EVENTI PATROCINATI DALL'ORDINE

L'ASSE WASHINGTON-BERLINO, DURANTE L'ERA DELLA GUERRA FREDDA, CHE PASSA PER TRIESTE

Oratore Giuseppe TAMBURINI

Sala riunioni dell'Ordine, piazza Goldoni 10, Trieste 6 ottobre 2010, ore 11.00

Conferenza organizzata dal Cenacolo Medico Triestino

ANNUAL MEETING OF THE ACADEMY OF DENTAL MATERIALS

Savoia Excelsior Palace, Trieste 7-9 ottobre 2010

Organizzatori: Società Italiana dell'Obesità - Sezione Veneto - Friuli Venezia Giulia - Trentino Alto-Adige

Responsabile scientifico: Lorenzo Breschi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Key Congressi Srl, piazza della Borsa 7, 34121 Trieste

Tel. 040-660352/362727; Fax 040-660353; congressi@keycongressi.it; www.keycongressi.it

ECM: punteggio richiesto Termine iscrizione: pre-iscrizioni entro 10 settembre 2010

INCONTRI IN CARDIOLOGIA 2010 SCOMPENSO CARDIACO E CARDIOMIOPATIE

Centro Congressi Stazione Marittima, Trieste 8-9 ottobre 2010

Responsabili scientifici: Gianfranco Sinagra e Andrea Di Lenarda

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Key Congressi Srl, piazza della Borsa 7, 34121 Trieste

Tel. 040-660352/362727; Fax 040-660353; congressi@keycongressi.it; www.keycongressi.it

ECM: punteggio richiesto Termine iscrizione: 17 settembre 2010

CURIAMO L'AMBIENTE PER CURARE LA SALUTE. CONFERENZA

Sede dell'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri - piazza Goldoni 10, Trieste 18 ottobre 2010, ore 17.00

Organizzatore: AMMI, sezione di Trieste.

Responsabile scientifico: Franco Panizon

Oratori: Franco Panizon e Cristina Serra (Giornalista scientifica)

KARL LUDWIG VON BRUCK: UN "TRIESTINO" DA ONORARE

Oratore Aldo RAMPATI

Sala riunioni dell'Ordine, piazza Goldoni 10, Trieste 3 novembre 2010, ore 11,00

Conferenza organizzata dal Cenacolo Medico Triestino

64° GIORNATE MEDICHE TRIESTINE

TERAPIA ANTIBIOTICA: USO ED ABUSO. CONFRONTO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Aula Magna della Facoltà di Medicina, Ospedale di Cattinara, Trieste 12-13 novembre 2010

Organizzatore: Associazione Medica Triestina

Responsabile scientifico: Alberto Giammarini Barsanti ed il Consiglio Direttivo dell'Associazione Medica Triestina

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: The Office Srl, via San Nicolò, 34121 Trieste - Tel. 040-660352/362727;

Fax 040-660353; congressi@keycongressi.it; www.keycongressi.it

ECM: punteggio richiesto Termine iscrizione: 8 novembre 2010

PATOLOGIE NEOPLASTICHE E INFIAMMATORIE DEL COLON: PREVENZIONE E TERAPIA

Sede dell'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri, piazza Goldoni 10, Trieste 25 novembre 2010, ore 17.00

Organizzatore: AMMI, sezione di Trieste.

Responsabile scientifico: Fabrizio Briganti Piccoli

LUCI ED OMBRE DELLA MEDICINA COMPLEMENTARE

Oratore Fabio BURIGANA

Sala riunioni dell'Ordine, piazza Goldoni 10, Trieste - 1 dicembre 2010, ore 11,00

Conferenza organizzata dal Cenacolo Medico Triestino

AGGRESSIONE ALLE PROFESSIONI D'AIUTO

Oratore Ferdinando GOBBATO

Sala riunioni dell'Ordine, piazza Goldoni 10, Trieste - 12 gennaio 2010, ore 11,00

Conferenza organizzata dal Cenacolo Medico Triestino

LA VITA? POETIAMOCI SOPRA!

Oratore Giorgio GALAZZI

Sala riunioni dell'Ordine, piazza Goldoni 10, Trieste - 2 febbraio 2011, ore 11,00

Conferenza organizzata dal Cenacolo Medico Triestino

**bollettino bimestrale
anno XXV
numero 4
maggio - agosto 2010**

Consiglio Direttivo

Presidente *Claudio Pandullo*

Vicepresidente *Dino Trento*

Segretario *Ronald Tamarin*

Tesoriere *Andrea Vuga*


Consiglieri *Roberto Adovasio, Mario Balestra, Biagio Borea, Fabrizio Briganti Piccoli, Gaetano Castronovo (Odont.), Gabriella Clarich, Paolo Gustini, Giorgio Longo, Mauro Melato, Euro Ponte, Denis Pregarc (Odont.), Cosimo Quaranta, Maurizio Spedicati*

Revisori dei Conti *Tiziana Cimolino (Presidente), Rinaldo Rolli, Fabio Ranieri, Laura Ukovich (Supplente)*

Commissione Odontoiatri *Diego Paschina (Presidente), Gaetano Castronovo, Antonella Bonivento, Claudia Busecchian, Denis Pregarc*

Direttore Responsabile *Mauro Melato*

Videoimpaginazione e Pubblicità

 Quickline sas
Via S. Caterina da Siena 3, 34122 Trieste

Autorizzazione del Tribunale
di Trieste n. 675
Registrazione del 24/07/1985
Stampa a cura di F&G Prontostampa - Trieste
Finito di stampare il 28/10/2010
Pubblicità inferiore

Direzione e Redazione del Bollettino

Piazza Goldoni, 10 - 34122 Trieste
tel 040636856 fax 040368998
e-mail: omceots@iol.it

in questo numero...

- 6 L'ARTICOLO DEL PRESIDENTE**
- 9 ARTICOLO DEL PRESIDENTE CAO**
- 11 LA VOCE DEI CONSIGLIERI**
- 12 NOTIZIE DAGLI SPECIALIZZANDI**
- 13 DALLA AOU "OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE"**
- 15 DAI COLLEGHI**
- 19 DALLA FEDERFARMA**
- 21 RUBRICA DI BIOETICA**
- 22 ED INFINE UN PO' DELLA NOSTRA STORIA**
- 23 IL NUOVO MUSEO DELLE SCIENZE SANITARIE DI CATTINARA**
- 25 DALLA ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI (AMMI)**
- 26 RUBRICA SINDACALE**
- 30 ALLEGATO**
Incontro su
"Etica e deontologia nei momenti finali dell'esistenza"

Avviso...

Sabato 25 settembre 2010 dalle ore 9 alle ore 11.00 si terrà, presso la sala Convegni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trieste, un incontro con il dott. Alberto Oliveti, Vicepresidente Vicario dell'ENPAM sul tema:

"La nostra pensione: attualità, prospettive e vantaggi fiscali"

Lo stesso giorno, dalle ore 9 alle ore 14.00, saranno a disposizione alcune postazioni dell'ENPAM che offriranno una consulenza previdenziale agli iscritti. Ad ogni medico sarà riservato un tempo di 15 minuti. Visto l'interesse degli argomenti trattati sarà necessaria la prenotazione telefonica presso gli Uffici di Segreteria dell'Ordine per rendere i servizi forniti più efficaci.



Società di servizi per
l'Agenzia Allianz
Bossi & Viatori
Assicurazioni



RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DIPENDENTE

- Copertura per tutte le specializzazioni
- Attività della Libera Professione svolta in regime di Intramoenia anche allargata
- Retroattività automatica di 5 anni e nessuna franchigia
- Nessun massimale aggregato, come invece previsto dalle coperture offerte in ambito ospedaliero
- Copertura postuma gratuita di 2 anni in caso di pensionamento, cessazione dell'attività o decesso

RESPONSABILITÀ DEL MEDICO PROFESSIONISTA

- Premi competitivi per tutte le specializzazioni
- Estrema flessibilità ed elevata capacità assuntiva con Massimali da € 250.000,00 fino a € 5.000.000,00
- Retroattività fino a 5 anni
- Nessuno scoperto
- Copertura delle Perdite Patrimoniali per l'errato trattamento dei dati personali (legge privacy)
- Compresa l'attività accessoria di medico legale

TUTELA LEGALE DEL MEDICO

Garanzia prestabile anche da sola con retroattività fino a 2 anni e libera scelta del legale di fiducia

PREVENTIVI

Nei nostri uffici in via Locchi 19/A

Al telefono allo 040312401

Sul www.bossiviatori.it con un form dedicato

PRESENTAZIONE

Il numero 4 del 2010 ha un carattere di novità: comprende, infatti, il testo di alcune relazioni presentate il 23 aprile ad un importante convegno intitolato "Etica e deontologia nei momenti finali dell'esistenza", organizzato dal nostro Ordine in cooperazione con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Trieste. Al congresso, oltre ad esperti nostri iscritti, hanno partecipato alcuni Magistrati tra cui l'ex Procuratore generale della Repubblica, prof. Beniamino Deidda.

Il materiale raccolto risulta indubbiamente di vivo interesse per la nostra Professione e, come tale, ritengo possa rappresentare una base di discussione e confronto anche sulle pagine del Bollettino

Buona lettura a tutti!

Mauro Melato

L'ARTICOLO DEL PRESIDENTE ...

Carissime Colleghe e Colleghi,

il periodo estivo spesso ci dà l'occasione di rispolverare vecchi articoli per troppo tempo rimasti in soffitta.

Mi è capitato di rileggere un editoriale di JR Hampton¹ pubblicato nell'ormai lontano 1983 sul *British Medical Journal*. L'articolo si intitola "The end of clinical freedom".

Hampton salutava in modo gioioso la morte della libertà clinica del medico, che secondo il suo parere, era stata per molti anni un diritto divino derivato dall'autoconvizione che i medici fanno sempre del loro meglio per i pazienti. L'autore, in buona sostanza, invitava ad un attento uso delle risorse ed ad un utilizzo di rigorosi trial clinici randomizzati prima di accettare nuove terapie e trattamenti in genere. In particolare sosteneva che destinare delle risorse ad un paziente o ad un gruppo di pazienti vuol dire privare altri delle stesse. Concludeva affermando che la libertà clinica era morta accidentalmente stritolata fra l'aumento dei costi dei test diagnostici e dei nuovi trattamenti, ed i limiti economici inevitabili della spesa sanitaria.

L'articolo va riletto nel contesto del periodo storico, si era allora nel Regno Unito in pieno periodo thatcherista. Per i più giovani ricordo che Margaret Thatcher vanta una carriera politica fra le più lunghe essendo stata ministro dell'istruzione dal 1970 al 1974 e quindi primo ministro dal 1979 al 1990. Di lei oggi si ricordano soprattutto i pesanti tagli al cosiddetto welfare britannico di cui ancora adesso si sentono in negativo le conseguenze.

Le parole di Hampton mi hanno permesso di fare alcune riflessioni.

Molti di noi hanno vissuto questo passaggio della medicina da quella che è stata definita la libertà clinica alla medicina basata sulle evidenze cliniche (evidence based medicine) alla medicina delle risorse limitate e definite fino ad arrivare alla medicina difensivistica ed informatica attuale.

La nostra Professione, forse più di altre professioni intellettuali, ha dovuto quindi confrontarsi ed adeguarsi ai mutamenti spesso radicali della società.

Cosa vuole dire essere medici oggi?

Partiamo da lontano.

Quest'anno ricorre il centenario dell'istituzione dell'Ordine dei Medici e l'anniversario ci dà l'occasione di ripercorrere la storia della Medicina, e soprattutto, ci fa comprendere quali e quanti siano stati i progressi compiuti da questa scienza in così breve tempo. Si è passati dalla diagnosi fatta a letto del malato alla diagnostica per immagini, fatta spesso davanti allo schermo di un computer analizzando i dati di una TC a 256 strati o una risonanza magnetica che ci offrono immagini un tempo consultabili solo sugli atlanti di anatomia.

Uno dei riscontri più importanti dei progressi fatti dalla medicina è l'aumento della vita media; ciò è un fenomeno particolarmente rilevante in Italia, dove le proiezioni at-

tuali mostrano un andamento demografico orientato verso l'invecchiamento della popolazione con l'incremento maggiore nei soggetti di età superiore agli 80 anni. Dagli inizi del secolo scorso la vita media è aumentata di quasi 40 anni, aprendo degli scenari del tutto nuovi in termini sia di patologia che di modelli di sanità sostenibili, con i quali noi medici ci stiamo già confrontando.

Ritornando alla domanda iniziale: quali caratteristiche deve aver il medico (o odontoiatra) oggi e soprattutto quali sfide deve affrontare?

Chi decide di fare il medico ora più che mai deve confrontarsi con lo sviluppo galoppante dei saperi e deve rispondere alle sempre maggiori richieste, non solo di salute ma di qualità della vita da parte dei nostri pazienti; pazienti che mai come oggi, sono sempre più informati e pertanto esigenti in termini di prestazioni e soprattutto di risultati.

La nostra Professione sta vivendo momenti difficili: compressa fra un tecnicismo imperante ed una burocratizzazione dell'atto medico, tali da farci rischiare di dimenticare l'imperativo di prendersi cura di chi si affida a noi e che costituisce il momento fondamentale della medicina.

Quali gli scenari futuri?

Come molti sapranno il Parlamento sta valutando il disegno di legge 1142² relativo alla "Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione". In sintesi il disegno di legge prevede la trasformazione degli organi collegiali professionali in ordini professionali e la costituzione di un ordine professionale delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione.

Fino a qui nulla di male, per inciso rappresenta una risposta autorevole a quanti Colleghi si pongono il problema dell'utilità o meno di un ordine professionale. Vi elenco solamente gli albi ordinistici che il disegno di legge prevede vengano istituiti:

Presso gli ordini delle professioni infermieristiche

- a) albo della professione di infermiere;
- b) albo della professione di infermiere pediatrico e delle vigilatrici d'infanzia.

Presso gli ordini delle professioni sanitarie della riabilitazione

- a) albo della professione di fisioterapista;
- b) albo della professione di logopedista;
- c) albo della professione di podologo;
- d) albo della professione di ortottista e assistente di oftalmologia;
- e) albo della professione di terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- f) albo della professione di tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- g) albo della professione di terapeuta occupazionale;
- h) albo della professione di educatore professionale.

Presso gli ordini delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione

- a) albo della professione di tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
- b) albo della professione sanitaria di tecnico audiometrista;
- c) albo della professione sanitaria di tecnico audioprotesista;
- d) albo della professione sanitaria di tecnico ortopedico;
- e) albo della professione sanitaria di dietista;
- f) albo della professione sanitaria di tecnico di neurofisiopatologia;
- g) albo della professione sanitaria di tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
- h) albo della professione sanitaria di igienista dentale;
- i) albo della professione di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- j) albo della professione di assistente sanitario.

Ad una prima analisi la creazione di tutti questi ordini potrebbe servire a regolamentare il settore sanitario assicurando gli utenti che le prestazioni sanitarie vengono erogate da un professionista che presenta dei requisiti di affidabilità e competenza garantiti da una struttura ordinistica. Al contrario, molti vedono nella proposta di legge il rischio di una frammentazione del mondo sanitario, che porterà inevitabilmente alla erosione della nostra Professione.

Considerando che nell'immediato futuro, dal 2015, assisteremo ad una progressiva ed inesorabile riduzione dei medici in attività: il comparire sulla scena di nuove professioni sanitarie dipinge uno scenario quantomeno inquietante, che porterà alla inevitabile necessità di delegare ai neo professionisti sempre più competenze mediche.

Non occorre andare molto lontano nel tempo per accorgerci è esattamente quanto è capitato nel Regno Unito, dove il tanto elogiato Sistema Sanitario Nazionale (NHS) ha dovuto reclutare medici dall'estero, e nel contempo delegare mansioni un tempo mediche ad altre figure sanitarie. In buona sintesi dovremmo adeguarci, ancora una volta, a nuovi scenari con la Professione sempre più compressa fra la spasmodica ricerca della riduzione dei costi della sanità e la richiesta dei pazienti di sempre maggiori prestazioni, nello scenario complessivo di una progressiva allungamento della vita media con aumento quindi della cosiddetta cronicità.

Come ho più volte scritto i tempi che stiamo vivendo, e quelli che si prospettano, non sono e non saranno facili. Ritengo che quanto mai come ora sia fondamentale riaffermare lo spirito fondamentale della Medicina: l'agire nell'interesse primario del paziente in scienza e coscienza al di là di ogni retorica.

Claudio Pandullo

Note bibliografiche:

1. Hampton JR *The end of clinical freedom Br Med J* 1983; 287 1237-8
2. Disegno di legge 1142 della XVI legislatura
3. Frederick Winslow Taylor *The Principles of Scientific Management*. 1911

Ed ancora...

Carissime Colleghe e Colleghi

Come già sapete due personaggi molto importanti nella vita dell'Ordine hanno avuto una prestigiosa nomina ai vertici del IRCCS Burlo Garofolo.

Mi riferisco alla nomina di Direttore Generale del professor Mauro Melato e alla nomina di Direttore Amministrativo della dottoressa Costanza Santin presso l'Istituto Materno Infantile IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Non ci sono parole per esprimere le più sincere congratulazioni all'amico Mauro che ha ricoperto la carica di Presidente dell'Ordine per due mandati e che ha saputo nella sua intensa attività far progredire l'Ente rendendolo più moderno e dandogli una visibilità mai in precedenza raggiunta.

È mia ferma convinzione, per aver avuto il privilegio di lavorare assieme, che assolverà in modo egregio il nuovo e difficile compito che gli è stato affidato.

La dottoressa Costanza Santin è stata per anni una delle colonne dell'Ordine ed è stata da noi tutti apprezzata per la preparazione, competenza, senso di appartenenza unite ad una squisita cortesia e pazienza pertanto la nomina a Direttore Amministrativo costituisce la naturale evoluzione di una carriera che ci auguriamo sia ricca di soddisfazioni.

A mio parere le due nomine rappresentano anche per l'Ordine un importante riconoscimento della sua vitalità ed importanza nel contesto della Sanità triestina.

Il ruolo della dottoressa Costanza Santin è stato ricoperto dalla dottoressa Cristina Codermatz che proviene dalla Direzione Amministrativa del Burlo. Durante l'attività decennale presso l'IRCCS Burlo Garofolo la dottoressa Codermatz ha svolto vari incarichi di carattere amministrativo: nei primi anni di attività, presso la Direzione Scientifica dell'Istituto, si occupava della stipulazione di contratti, convenzioni con Enti terzi, delle procedure relative alla liquidazione delle missioni in Italia e all'estero e relativamente al Comitato Indipendente per la Bioetica, la dottoressa assieme al Presidente ha provveduto a proceduralizzare tutto l'iter amministrativo del funzionamento della segreteria. Dal 2004 è stata trasferita presso la Direzione Economato Provveditorato dove si occupava di tutte le procedure di gara relative all'acquisizione di beni e servizi e dall'anno 2007 alla stessa è stato attribuito un incarico di posizione organizzativa come Responsabile dell'area acquisizione beni e servizi. Della dottoressa abbiamo già avuto ampio modo di apprezzare le sue notevoli capacità organizzative, la solida preparazione professionale ed in pochissimo tempo ha già assunto un ruolo cardine nella gestione dell'Ordine.

A nome del Consiglio Direttivo e mio personale i migliori auguri di buon lavoro al professor Mauro Melato ed alla dottoressa Costanza Santin e un ben arrivata alla dottoressa Cristina Codermatz.

Il Consiglio Direttivo si congratula con altri due nostri stimatissimi colleghi che hanno ricevuto importanti nomine: il dr. Fabio Samani chiamato a dirigere l'ASS1 Triestina ed il Dr. Alberto Giammarini Barsanti recentemente nominato direttore scientifico del CEFORMED.

Fabio Samani è stato per decenni uno stimatissimo e validissimo medico di medicina generale interessandosi da sempre anche degli aspetti della formazione e del management sanitario. Sicuramente un ruolo così importante non poteva essere affidato a persona più preparata.

Alberto Giammarini Barsanti è tuttora medico di medicina generale e da sempre si occupa di formazione e divulgazione scientifica. Attualmente è presidente della Associazione Medica Triestina quindi la sua nomina ai verti-

ci del CEFORMED rappresenta un scelta vicente per il futuro formativo della Regione.

Personalmente ritengo che la nomina di due stimatissimi colleghi nostri iscritti alla direzioni di strutture così importanti è una ulteriore testimonianza del valore della classe medica triestina.

Anche a loro l'augurio di buon lavoro.

Claudio Pandullo

UN COMUNICATO DAL COMUNE DI TRIESTE

Egregio dott. Claudio Pandullo,

la sostituzione dei permessi di transito/sosta in circolazione, che i nostri uffici si premurano di portare avanti cercando di arrecare il minor disagio possibile all'utenza, si è resa necessaria in quanto si è voluto procedere ad una completa revisione e riordino degli archivi in seno all'ufficio permessi, al fine di poter razionalizzare in modo più economico ed efficiente l'attività dell'ufficio stesso.

Infatti tale sostituzione non ha riguardato solo i permessi rilasciati ai vostri iscritti, ma in generale la quasi totalità dei permessi di transito e sosta rilasciati dall'ufficio permessi della Polizia Municipale.

Tali sostituzioni non vanno comunque in alcun modo a inficiare o modificare le prerogative attribuite alla Vostra categoria professionale.

Rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti, porgo distinti saluti.

*Il Responsabile della Posizione Organizzativa della Gestione Amministrativa
della Polizia Municipale di Trieste.
Dott. Jerman Paolo*

... E L'ARTICOLO DEL PRESIDENTE CAO

Preoccupazioni

Proprio in questi giorni, mentre mi accingeva a consegnare alla Redazione del Bollettino dell'Ordine uno scritto in cui segnalavo la perplessità della CAO sulla mancata convocazione di un tavolo paritetico promessoci dall'Assessore Kotic in merito ai criteri autorizzativi regionali, mi viene comunicato, che in risposta ad una interrogazione in Consiglio Regionale è stata assicurato che essa avverrà per settembre. Staremo a vedere ma questo impone ovviamente l'eliminazione di quanto stavo per dare alle stampe e la sostituzione dello stesso con lo scritto che segue.

Molto si è scritto sulla delibera della Giunta Regionale del 30 dicembre 2004 che ha trattato in modo organico il problema delle strutture sanitarie pubbliche e private. Non avendo istinti sadici e neppure masochisti do per acquisito tutto lo storico ricordando solo come è passato circa un anno da quando inaspettatamente la Regione faceva una proposta di modifica giustificandola con un palese malcontento della categoria medica libero professionale (vero), ma che in pratica aggravava quanto già scritto, con il risultato che all'epoca ci fu una presa di posizione univoca di rigetto da parte di rappresentanze sindacali e istituzionali che sino allora avevano sempre avuto forti difficoltà non dico a portare avanti posizioni comuni, ma anche semplicemente a parlarsi. La richiesta di un tavolo ci veniva assicurata a breve. Ora, passato appunto un anno, sembra che le cose si stiano muovendo. Non posso però non esprimere alcune considerazioni di massima, che, seppure già note, è utile rimarcare. Non entrerò per altro in profondità nella questione giacché non mi sembra il luogo e neppure il momento per farlo.

Quando si vanno a scrivere norme che regolano la vita e il lavoro di categorie più o meno importanti sarebbe buona cosa che le categorie su cui si vuole legiferare potessero dire la loro prima e non a cose fatte. Non sempre questo può essere possibile, ma diventa obbligatorio nel momento che, oltre alla vita professionale e imprenditoriale di molti operatori e delle famiglie ad essi legati (indotto), è in gioco un discorso di salute pubblica. Altri comportamenti espongono il legislatore a scivoloni, contestazioni, ricorsi. Perché dunque farsi del male?

Evidentemente la tentazione di far cadere le leggi dall'alto è forte, anche se incompatibile con l'idea stessa di democrazia. Il problema diventa una vera bomba innescata quando le proposte vengono fatte senza neppure la scusa di favorire l'utenza finale. Per esempio l'abolizione o meglio l'allargamento delle maglie sulla pubblicità sanitaria ha fatto disastri che sono sotto gli occhi di tutti, disastri di immagine, oltre che economici per tutti quei

collegi che hanno voluto dar sfogo alla loro imprenditorialità. Danni economici immediati per i servizi profumatamente pagati in cui vengono immortalati sul posto di lavoro a giocare all'opinion leader (poi ci sono anche quelli veri, che però di solito non pagano), ma anche danni economici che potrebbero venire un domani da contenziosi nati da pazienti convinti d'aver comperato prestazioni d'eccellenza, eccellenza che in questo periodo sembra essere la meta minima di ogni odontoiatra (la mediocritas -intesa in senso tradizionale- è aurea solo per Orazio), ma che non è poi così scontatamente alla portata di chiunque e che non si raggiunge solo con attrezzature all'avanguardia, corsi, master, ecc. ma che prevede anche altri aspetti, morali, empatici, umani spesso non acquisibili. Dunque risultati discutibili, ma almeno l'idea era quella di garantire concorrenza e quindi abbassamento di prezzi e maggior informazione per i pazienti, cosa che ovviamente non è avvenuta se non nei casi in cui si è voluto chiudere un occhio su quanto veniva offerto. Nel caso delle autorizzazioni nessun vantaggio in sicurezza o in costi, anzi.

Esiste poi un aspetto non marginale. Il ritardo nell'affrontare l'argomento ha lasciato perfettamente operanti le vecchie normative con i relativi adeguamenti che sono in scadenza e che andavano ridiscussi o bloccati, come da noi richiesto, quelli stessi adeguamenti che, ironia del caso, avrebbero spinto la Regione a riscrivere le norme e che ora rischiano di diventare operativi. Come dire, la legge in alcuni aspetti va rivista e me ne rendo conto. Riscrivo la legge come credo vada fatto anche se non mi premuro di contattare gli interessati se non a cose fatte, ma se poi le variazioni non sono accettate con entusiasmo, peggio per loro si tengano pure quello che è chiaro a tutti non andava bene..... Ridicolo. Il risultato è dunque una serie di norme che potrebbero caderci addosso entro l'anno (per esempio l'abbattimento delle barriere architettoniche) con grosso impegno economico per adeguarsi, solo per non aver voluto fare una sospensiva o tavoli tecnici.

Aspettando la convocazione voglio sperare che non ci venga propinato uno scritto già bello e pronto, ma che sia un'occasione di confronto attivo e stimolante, tale da mettere le basi per una collaborazione anche futura per tutto quello che riguarda la sanità.

.... ed ancora un suggerimento

Recentemente durante una audizione di un collega ho dovuto con tristezza constatare per l'ennesima volta come non sia stato ancora recepito appieno il ruolo della Commissione. Troppo spesso veniamo identificati come quelli cattivi che sanzionano, mentre la nostra speranza è quella di prevenire, consigliare, far evitare problemi al collega.

Invito allora tutti i giovani e meno giovani che hanno dubbi di tipo ordinistico odontoiatrico (non sindacale) di contattare me o la Commissione. Un esempio per tutti il problema pubblicità, su cui mi riprometto di tediarvi quanto prima. Siamo a disposizione. Problemi tra colleghi, dubbi su collaborazioni, convenzioni ecc., la Commissione ha i mezzi e la voglia di chiarire, di discutere, di approfondire. Siamo e sono lì per questo.

Buone vacanze a tutti anche se al momento della lettura saranno già finite

Diego Paschina

Lettere...

Lettere e brevi articoli di interesse ordinistico provinciale vanno inviati in formato cartaceo a
OMCeO-TS, piazza Goldoni 10,
34122 Trieste,
all'attenzione del
Direttore Mauro Melato o,
preferibilmente, in formato elettronico a
melato@univ.trieste.it

LA VOCE DEI CONSIGLIERI

Mario Balestra ... da 25 anni nel Consiglio Direttivo

È consuetudine del Consiglio di questo Ordine chiedere ai Consiglieri di presentarsi, cosa che mi accingo a fare, non senza difficoltà, poiché non è certo facile parlare di sé, di quello che si è fatto negli anni trascorsi e del motivo che mi ha spinto ormai tanti anni fa, a desiderare di ricoprire questo ruolo. Per tale motivo mi astengo dall'elencare il mio curriculum che penso possa interessare pochissimi di voi, per spiegare piuttosto le ragioni che mi hanno portato a ricoprire il ruolo di Consigliere circa 25 anni fa.

Ho deciso di iniziare questa attività dopo aver lasciato l'Ospedale, poiché mi ero reso conto delle difficoltà generate nei rapporti reciproci dal diverso modo di parlare, di pensare e di interloquire tra i Colleghi che lavorano sul Territorio, tra quelli inseriti in strutture Ospedaliero-Universitarie, tra i Colleghi convenzionati, tra i Colleghi che lavorano nelle Case di Cura.

Io posso dire di esser stato una persona fortunata nella mia vita professionale, essendo stato uno dei pochi, ormai, che hanno avuto l'opportunità di vivere contemporaneamente esperienze molteplici, essendo stato assistente universitario, poi ospedaliero, medico di Medicina generale, di Guardia Medica, di aver lavorato in Casa di Cura.

Questi fatti della vita mi hanno permesso di apprezzare tutti questi aspetti professionali e stimare in ugual misura tutti i Colleghi che operano in tali diversi settori.

Nel momento in cui una riforma voluta da politici ha creato le incompatibilità tra le molteplici carriere, anche se da un certo punto di vista è stata un bene perché ha creato dei posti di lavoro, ha generato un danno culturale notevole dando origine alla incomprensione tra Colleghi. Nei tempi in cui si potevano svolgere più lavori e ricoprire più ruoli contemporaneamente, vi era una maggior conoscenza reciproca, da ciò una maggior considerazione del lavoro e dell'operato altrui.

Attualmente vi è tutta una nuova generazione di medici, anche non più giovanissimi, che non ha potuto lavorare in Ospedale o all'Università e tutta una generazione che non conosce assolutamente il lavoro sul Territorio. Sono sicuro che non vi sia peggior nemico del non conoscersi, poiché ciò dà origine a diffidenza e critiche.

Tale dicotomia di carriera creatasi in anni ormai lontani, ha generato ed attualmente continua a generare incomprensioni sgradevoli, che vedo quotidianamente nella vita professionale, sindacale ed ordinistica. Vi è stato negli anni un aumento considerevole della conflittualità tra Colleghi, questo certamente per le mutate situazioni sociali ed ambientali, ma specialmente per la scarsa conoscenza del lavoro altrui.

Negli ultimi anni ho avuto il piacere di tenere delle con-

versazioni agli studenti del VI anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Trieste, sui temi della deontologia, dei rapporti tra Colleghi, sul funzionamento ordinistico e mi sono reso conto di come i nostri futuri Colleghi apprezzino tali argomenti, dimostrando un profondo amore e un vivo desiderio di entrare nella nostra comunità medica con sentimenti di rispetto verso tutti coloro che svolgono la nostra professione.

Durante il tutoraggio che alcuni Medici di Medicina Generale, tra cui il sottoscritto, svolgono, avviene un piacevole scambio di emozioni tra chi infonde il sapere conquistato con tanti anni di esperienza e chi porta la propria carica di entusiasmo e di aspettative verso le esperienze future dimostrando rispetto per la conoscenza, ma soprattutto grande desiderio di insegnamenti non solo professionali, che possano guidarli nel percorso della loro vita.

Sta quindi a noi, che talvolta tendiamo a dimenticare, non far cambiare questo loro modo di pensare. Sta a coloro che li guidano e che hanno maggior esperienza non far perdere loro l'entusiasmo per la professione e mantenere il rispetto verso il lavoro degli altri, che potrà forse sembrare meno entusiasmante, ma che, se svolto con competenza, correttezza e professionalità è sempre degno di ogni considerazione.

Facciamo tesoro del loro entusiasmo e smettiamola noi per primi di cadere in sterili polemiche non degne di persone di notevole cultura, in quanto tutti noi svolgiamo il più bel lavoro che un essere umano possa fare: lavorare per il bene del prossimo.



Mario BALESTRA
nato a Trieste nel 1948, laureato a Trieste nel 1973,
Consigliere dell'Ordine eletto per la prima per il triennio 1991-1993

NOTIZIE DAGLI SPECIALIZZANDI

Vita da specializzandi: il punto della situazione

Dopo la modifica dello stato giuridico del 2006, noi specializzandi siamo passati dalla condizione di "studenti" a quella di "medici in formazione specialistica", con un vero e proprio contratto formativo. Ma è davvero cambiato qualcosa?

Un'indagine effettuata dalla nostra associazione Federspecializzandi ha sondato il parere di 600 medici in formazione sull'offerta formativa delle Scuole di Specializzazione negli atenei italiani. Nove università sono state coinvolte: Padova, Verona, Genova, Trieste, Varese, Modena, Pavia, Sassari e Palermo.

L'indagine è stata realizzata attraverso la distribuzione di un questionario anonimo ad un campione di medici in formazione specialistica suddiviso in tre grandi aree: area chirurgica, area medica e area dei servizi.

Il questionario è stato redatto, sulla base di modelli europei, da un gruppo di lavoro composto da membri dei direttivi delle associazioni locali coordinati dal referente del direttivo nazionale di Federspecializzandi.

Gli obiettivi principali di questa indagine sono state: verificare se l'organizzazione delle varie scuole corrisponde a quanto previsto dal D.lgs 368/99, dalle tabelle ministeriali di insegnamento e dal regolamento delle Scuole di Specializzazione; valutare il grado di soddisfazione degli specializzandi sull'organizzazione della Scuola, sui contenuti didattici offerti e sull'autonomia raggiunta; delineare lo stato attuale delle condizioni lavorative e di formazione.

I risultati emersi sono stati omogenei sia nei diversi atenei che nelle diverse aree di appartenenza dei medici in formazione specialistica coinvolti e forniscono uno specchio della situazione delle Scuole di Specialità italiane.

Durante il percorso formativo i medici si ritengono investiti di responsabilità proprie dei medici strutturati, che vengono in questo modo sostituiti dal personale in formazione. Così il 64% dei giovani medici si trova a svolgere servizio di guardia in autonomia, il 65% a fornire prestazioni specialistiche in ambulatorio (dove i pazienti, che hanno pagato il ticket, si aspettano di aver di fronte un dirigente medico) e quasi il 50% a scegliere se ricoverare o meno un utente del pronto soccorso senza essere affiancati. Inoltre il carico di lavoro è ben più alto delle 38 ore settimanali, suddivise tra teoria e pratica, che il medico specializzando dovrebbe spendere per la propria formazione: il 46% dichiara di trascorrere in ospedale tra le 50 e le 70 ore alla settimana. Un carico notevole al quale non corrisponde un'offerta formativa valida, ritenuta dagli specializzandi appena sufficiente (voto di 6,2 in una scala 1-10).

È inoltre allarme rosso nell'area chirurgica, dove molti chirurghi specializzandi lamentano di non essere adeguatamente formati, difatti difficilmente vengono investiti del ruolo di primo operatore anche agli ultimi anni di for-

mazione e nel 37% dei casi nemmeno di secondo operatore. Fanno eccezione gli interventi di piccola chirurgia, che spesso possono venir eseguiti anche da professionisti dell'area medica. Così il 65% degli intervistati giudica la propria partecipazione alle attività chirurgiche insufficiente. E questo si manifesta anche nelle emergenze/urgenze, dove circa un terzo dei medici specializzandi dichiara di non poter agire.

In circa l'80% dei casi non c'è un percorso formativo chiaro e sono nettamente carenti le lezioni teoriche o di tecniche chirurgiche e le simulazioni con ausili meccanici, animali o cadaveri. E non va meglio sul fronte della didattica: nonostante siano molte le Scuole di Specializzazione dove vengono tenute attività ad hoc, tra cui lezioni frontali, nel 49% dei casi esse costituiscono meno di 2 ore a settimana e sono ritenute per la maggior parte insoddisfacenti, tant'è che ricevono un voto medio di 4,4 in una scala 1-10. Non dimentichiamo che ogni anno ciascun specializzando paga all'università di appartenenza mediamente 1500 euro per la propria formazione specialistica.

Ritornando all'indagine effettuata, emerge chiaramente che nella maggior parte degli Atenei non esiste il log book, il registro delle attività pratiche eseguite, previsto peraltro dal nostro Contratto di formazione. E laddove il registro esiste è usato solo da poco più del 20% degli intervistati.

La maggioranza degli specializzandi ritiene inadeguata la preparazione ricevuta durante la formazione specialistica anche a causa di una frequente mancanza di idoneità delle strutture (49%).

Gli specializzandi rimangono inoltre esclusi da alcuni piccoli benefit di cui invece godono gli altri dipendenti delle Aziende Sanitarie: nel 75% non c'è una parificazione dei diritti come mensa e posto macchina. E non è sempre scontato che le Aziende forniscano una copertura assicurativa per le responsabilità professionali dei medici specializzandi, come invece è previsto nel nostro Contratto.

Tirando le somme, solo un irrisorio 4% del totale degli intervistati si dichiara molto soddisfatto del proprio percorso formativo e il 32% abbastanza soddisfatto, mentre il 38% ha risposto "non molto" e il 21% "per niente". Non stupisce quindi che alla domanda "ti riscriveresti alla stessa Scuola di Specializzazione?" la metà risponde che non lo farebbe. O lo farebbe in un altro Ateneo, magari estero.

Laura Ukovich

L'aritmologia moderna: l'ablazione transcatetere delle aritmie cardiache.

Negli ultimi due decenni la gestione delle aritmie cardiache si è modificata in maniera sostanziale. Durante questo periodo le innovazioni essenziali nell'aritmologia moderna hanno riguardato sia l'elettrostimolazione (terapia con dispositivi impiantabili) che l'elettrofisiologia interventistica (ablazione transcatetere delle aritmie).

Dalla prima metà degli anni '90 vi è stato un notevole incremento dell'utilizzo dei dispositivi impiantabili con lo sviluppo, accanto ai tradizionali pacemaker, dei defibrillatori impiantabili, in grado di trattare precocemente tachiaritmie potenzialmente fatali e di ridurre drasticamente l'incidenza della morte improvvisa; dalla fine del secolo scorso è stata inoltre implementata la "terapia di resincronizzazione ventricolare", per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco, disfunzione ventricolare sinistra e blocco di branca sinistra.

L'ablazione transcatetere, nata nei primi anni '90 per il trattamento di pochi pazienti con aritmie refrattarie, è diventata ormai spesso terapia di prima scelta (nelle tachicardie parossistiche sopraventricolari, nella sindrome di Wolff-Parkinson-White, nel flutter atriale), nelle quali le percentuali di successo (>90-95%) ed i rischi di complicanze (<1%) o recidive (<5%) sono decisamente più favorevoli di quelli osservati con la terapia farmacologica.

In pazienti con aritmie ventricolari frequenti l'ablazione transcatetere può essere proposta, con probabilità di successo >90%, quando la terapia farmacologica non è efficace nel ridurre i sintomi, non è tollerata o la numerosità delle aritmie determina o favorisce una ridotta funzione ventricolare sinistra.

Nella fibrillazione atriale, l'aritmia sostenuta di gran lunga più frequente, la terapia farmacologica è al momento il trattamento di 1° scelta per prevenire l'insorgenza di recidive. Tuttavia è nota la scarsa efficacia dei farmaci antiaritmici (< 40% ad 1 anno dall'inizio della terapia), la loro scarsa tollerabilità e la presenza di effetti collaterali, anche molto gravi o potenzialmente fatali.

L'ablazione transcatetere si propone, da alcuni anni, come una valida alternativa della fibrillazione atriale e può essere indicata nei pazienti che rimangono sintomatici dopo almeno un tentativo farmacologico. Le probabilità di successo nell'impedire recidive, pur minori rispetto a quelle dell'ablazione di altre aritmie (70-80%) sono comunque maggiori a quelle dei farmaci, con un rischio di complicanze a distanza non significativamente diverso. I migliori candidati ad intervento di ablazione sono i pa-

zienti di età <70 anni, senza cardiopatia significativa, con episodi di fibrillazione atriale parossistica (cioè a risoluzione spontanea), ma la procedura viene eseguita anche in soggetti più anziani, se in buone condizioni, o con aritmie persistenti. L'ablazione della fibrillazione atriale può essere utile anche nei pazienti con scompenso cardiaco, nell'ipotesi che il ripristino ed il mantenimento del ritmo sinusale possa contribuire al miglioramento della funzione ventricolare sinistra. Tuttavia nei pazienti con cardiopatia avanzata, severa dilatazione atriale sinistra ed aritmia persistente da più di 1-2 anni, le basse probabilità di successo generalmente sconsigliano di eseguire la procedura che in ogni caso – è bene ricordare – è complessa, di lunga durata (3-5 ore), talora richiede un'anestesia generale e presenta comunque un'incidenza di complicanze del 4-5%. Le complicanze più frequenti sono di natura emorragica (3-4% a livello dell'accesso venoso in sede inguinale, 0,8% emopericardio con necessità di pericardiocentesi emergente). I rischi emorragici sono giustificati dalla necessità di mantenere prima, dopo ed anche durante la procedura un'adeguata coagulazione per ridurre i rischi, spesso più gravi, di fenomeni embolici periprocedurali (<1%)

Come si esegue uno studio elettrofisiologico e l'ablazione transcatetere delle aritmie?

La procedura viene eseguita in anestesia loco-regionale a livello degli accessi venosi, anche se in casi selezionati (in particolare nell'ablazione della fibrillazione atriale) si ricorre ad una sedazione profonda mediante midazolam e propofol, ad un'analgesia con fentanyl o ad anestesia generale con ventilazione meccanica.

Lo studio elettrofisiologico endocavitario viene condotto grazie a degli elettrocateretri, che possono presentare un numero variabile di elettrodi per la registrazione/stimolazione dei segnali endocavitari (da 4 a 20 "poli"). Nel caso dell'ablazione della fibrillazione atriale viene eseguito l'isolamento elettrico delle vene polmonari pertanto, se non è presente un forame ovale pervio, può essere necessaria una puntura transsetale a livello della fossa ovale del setto interatriale.

Negli ultimi anni, lo studio elettrofisiologico tradizionale ha iniziato ad avvalersi dell'utilizzo di sistemi di mappaggio elettro-anatomico tridimensionale che ricostruiscono in tempo reale l'anatomia cardiaca, le "mappe di attivazione" per la visualizzazione in 3D della sequenza di attivazione delle camere cardiache sia in ritmo sinusale che durante l'aritmia, identificandone il circuito, ed infine delle mappe di voltaggio elettrico che permettono l'identificazione delle aree di tessuto cardiaco "malate" (cicatrici, zone di conduzione elettrica rallentata) rispetto al tessuto elettricamente sano. Sono disponibili nel commercio due

sistemi principali di mappaggio tridimensionale: il sistema CARTO, che utilizza tre campi magnetici generati intorno al paziente per localizzare il catetere di riferimento nelle cavità cardiache e ricostruire le mappe, ed il sistema Ensite NavX, che invece usa tre campi di corrente elettrica a bassa ampiezza ed elevata frequenza sui 3 assi cartesiani. Entrambi i sistemi permettono l'integrazione delle immagini di TC e RM cardiaca con le mappe elettriche ricostruite durante lo studio permettendo una migliore definizione del substrato anatomico in previsione della procedura di ablazione.

Identificato il substrato aritmico si procede all'ablazione tramite un catetere dalla cui punta viene erogata l'energia a radiofrequenza che determina una localizzata necrosi coagulativa di alcuni mm di diametro e profondità. In alcuni casi si utilizza un sistema di ablazione "a freddo" (crioablazione) ottenendo lo stesso risultato, ossia l'eliminazione del substrato aritmico.

L'ablazione transcatetere nella realtà di Trieste

Presso la sezione di Aritmologia ed Elettrostimolazione del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste vengono eseguite tutte le procedure di elettrostimolazione tradizionale (pacemaker) ed avanzata (defibrillatori impiantabili, terapia di resincronizzazione per il trattamento dello scompenso cardiaco), nonché le procedure di elettrofisiologia comprendenti lo studio elettrofisiologico e l'ablazione transcatetere di aritmie sopraventricolari (tachicardie parossistiche, sindrome di Wolff-Parkinson-White, flutter atriale, fibrillazione atriale) e ventricolari (extrasistolia ventricolare da tratto d'efflusso, tachicardie ventricolari idiopatiche e tachicardie ventricolari da rientro). Dal 2009 è stato acquisito, grazie ad una donazione della Fondazione Casali-Foreman, anche il sistema di mappaggio tridimensionale Ensite NavX utilizzato nelle procedure di ablazione più complesse (fibrillazione atriale, alcune tachicardie atriali, aritmie ventricolari). I risultati osservati (efficacia) e le rare complicanze sono del tutto in linea con i dati descritti in letteratura.

Massimo Zecchin e Laura Vitali Serdoz

DAI COLLEGHI

Parliamoci, raccontiamoci cose e fatti, informiamoci l'uno con l'altro così da condividere la crescita dell'intera categoria!

Dal collega Sergio Lupieri, Consigliere regionale Vice presidente della III Commissione sanità e protezione sociale

Ringrazio il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Trieste dott. Claudio Pandullo che mi dà l'opportunità di poter intervenire sul bollettino dell'Ordine per parlare del Servizio sanitario regionale quale vice presidente della III Commissione sanità e protezione sociale del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia. Sono francamente preoccupato dello stato attuale del nostro sistema sanitario per più motivi, che vanno dalla riforma istituzionale della governance con la creazione della Direzione Centrale che accorpa l'Agenzia regionale della sanità, ed il Centro servizi condivisi, deputato a perseguire economie di scala, che diventa Dipartimento all'interno della Azienda mista Ospedaliero-Universitaria di Udine. Inoltre sono preoccupato per un Piano socio sanitario che di fatto ridimensiona l'offerta di salute riducendo servizi e strutture, e non prevede il turn over ma riduce drasticamente nuove assunzioni di personale. Un piano che prevede un trend di crescita della spesa sanitaria stimato allo +1,70%, che considerato l'aumento ISTAT dello 0,80%, di fatto prevede un aumento reale dello 0,90%, insufficiente se consideriamo l'aumento del costo dei farmaci innovativi oncologici ed antivirali, l'aumento delle tariffe, l'aumento del costo dei contratti di lavoro dei dipendenti. Un piano che riguardo agli IRCCS regionali, Burlo Garofolo e CRO di Aviano, è stato più volte ripreso dal Ministro della Salute, che sottolinea il rischio di perdita dalla qualifica di Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico. Un piano che ritiene che il costo degli Ospedali sia superiore alla loro reale attività, e non prevede invece risorse aggiuntive per le maggiori prestazioni che vi vengono svolte, specialmente se hub e quindi per definizione deputato a svolgere un ruolo di attrazione. Un piano che non sviluppa le cure primarie e le attività territoriali distrettuali e di strutture intermedie come conseguenza naturale della maggiore attività dovuta alle dimissioni ospedaliere precoci ed alla riduzione di posti letto sempre più deputati all'urgenza.

Ancora sono preoccupato per la perdita delle scuole di specializzazione, per la centrale unica del sistema 118 a Palmanova, per il riordino della rete ospedaliera triestina che è stato stoppato a favore del nuovo ospedale di Pordenone pur mancante ancora di progetto e sede, per le esternalizzazioni sempre più frequenti a scapito di nuove assunzioni, per le difficoltà quotidiane che vivono tutti gli operatori sanitari e che vengono superate solo grazie al fortissimo senso di responsabilità e di abnegazione.

Non voglio essere uomo di parte, perchè considero veramente la salute un tema che non deve avere tessera di

partito o colore politico, ma deve essere affrontato con obiettività culturale, e per questo vorrei ricordare la relazione della Corte dei Conti, certamente al di sopra di ogni sospetto.

La relazione della Corte dei Conti coglie l'inadeguatezza della cosiddetta riforma istituzionale della sanità operata dalla Giunta Tondo, che di fatto costruisce una governance ispirata alla massima contrazione della "catena di comando", nell'intenzione di velocizzare al massimo il risultato da raggiungere, a scapito però della consultazione nella formulazione di scelte condivise. Si crea così un modello accentrato nel quale la Direzione centrale accumula competenze più francamente gestionali, vedi ultima parola per eventuale assunzione di personale, a scapito di competenze programmatiche e pianificatorie, demandandole anzi ai direttori generali dei vari Enti del Servizio sanitario regionale. Il tutto contribuisce a creare confusione e sovrapposizione di competenze tra i vari livelli istituzionali, contraria al principio del federalismo, cioè del decentramento e della sussidiarietà, che non giova all'economia dell'azione pubblica.

I Sindaci, la Conferenza permanente di programmazione socio sanitaria di Codroipo, la Conferenza delle autonomie locali, vengono esautorati dalla partecipazione e consultazione su tematiche proprie dei loro territori come l'assistenza e la salute dei loro cittadini. Ma la Corte dei Conti continua criticando lo spoils system operato per figure professionali diverse da quelle apicali, così come definite dal giudice delle leggi. Anzi, a giudizio della Sezione, sulla base delle definizioni date dalla Corte Costituzionale, l'unica ipotesi oggi certamente assoggettabile al regime giuridico della decadenza per spoils system nella Regione è quella del Direttore Centrale della salute.

Una critica molto pesante e forte della *governance* del SSR, in parte rinviata in modo definitivo alla fine del 2010, quando potrà essere ancora meglio valutata tutta la sua negatività. Certamente non possiamo rallegrarci sul considerare tutta la inadeguatezza del vertice del nostro Servizio sanitario regionale, perchè evidenti potranno risultare le ricadute sulla efficienza ed efficacia del sistema stesso.

Sergio Lupieri

...e se non si può guarire?

L'attenzione al morente, l'assistenza e la cura del malato alla fine della vita, sono fenomeni di origine medievale. Iniziano a diffondersi però come attitudine sociosanitaria a partire dal XIX secolo. Nel 1842 a Lione vengono fondati i primi "calvaires"; nel 1879 entra in attività la prima "home for the dying" sotto il nome di "Our Lady's Hospice". L'esempio forse più noto ai giorni nostri è il St. Christopher's Hospice a Londra, la cui fondatrice fu Cicely Saunders. Nata nel 1918, con il suo lavoro di infermiera

ra in tempo di **guerra**, quindi di assistente sociale presso il Royal Cancer Hospital, contribuì alla presa in carico globale del paziente oncologico terminale. Come medico infine, dal 1957, concentrò i suoi studi sull'attenuazione del dolore dei malati terminali non solo oncologici, facendosi pioniera della tecnica della somministrazione regolare di **antidolorifici**. Non a caso le venne conferito una delle massime onorificenze in ambito umanitario, il "Conrad N. Hilton Humanitarian Prize".

Nonostante i decenni di storia e di esperienza, sono ancora molti però in Italia coloro che non conoscono l'esistenza delle Cure Palliative o, se ne hanno sentito parlare, spesso le confondono con le discipline più disparate. Ricordo ancora di aver parlato con un professionista sanitario prima della mia partenza per il Master in Cure Palliative del Piemonte Orientale (a cui mi sono iscritta nel marzo di quest'anno) e di essermi sentita rispondere che anche lui aveva utilizzato alle volte i "fiori di Bach" come rimedio alternativo per i raffreddori di stagione...

Eppure, anche a livello legislativo, le Cure Palliative sono ben codificate. La legge 38 del 9 marzo 2010 definisce come Cure Palliative *"l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti sia alle persone malate sia al loro nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da inarrestabile evoluzione e da prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici"*. Uno dei passaggi fondamentali si è però già avuto nel 2001, quando le Cure Palliative sono entrate a far parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Con l'entrata in vigore del DM del 22/2/07 le regioni dovrebbero essere obbligatoriamente in grado di raggiungere standard quali- e quantitativi anche nelle Cure Palliative per poter usufruire di finanziamenti integrativi. In ambito oncologico, la Regione Piemonte ha calcolato che 215-280 pazienti deceduti per tumore ogni 100.000 abitanti necessitano ogni anno di cure palliative. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ed il Ministero della Salute hanno invece stimato come potenziali malati per le Cure Palliative non solo la metà dei circa 150.000 nuovi malati di tumore/anno ma anche i tre quarti dei 100.000 nuovi malati/anno affetti da patologie croniche come le malattie neurologiche degenerative, le insufficienze d'organo avanzate (cardiache, respiratorie, epatiche) e le malattie cerebro-vascolari (stroke): numeri importanti, che devono far riflettere. Da sfatare dunque un primo preconcetto, che le Cure Palliative siano rivolte esclusivamente al malato di cancro che sta morendo e al quale restano solo pochi giorni o ore di vita.

Mi sono spesso chiesta cosa mi avesse spinto ad affrontare questo nuovo corso di studi. Una delle motivazioni più forti è indubbiamente stata il senso di abbandono che ho percepito venendo a contatto con molti malati che non possono più guarire. Queste persone si sentono prive di referenti; basti pensare a quanto spesso sentiamo dire che "il paziente non è più di mia competenza". Forse ci chiediamo troppe poche volte quanto sia difficile affrontare la diagnosi di malattia inguaribile, che è inevitabilmente un percorso di solitudine. Ecco quindi il mio interesse per la Medicina Palliativa, il cui nome prende spunto dalla metafora del *pallium* (mantello), che propone *non solo tecniche*, ma *"atti umani"* e suggerisce di *"stendere un mantello sulla persona che soffre"*, proteg-

gere e coprire con lo scopo di lenire la sofferenza integrale dell'ammalato quando non se ne possono più rimuovere in modo efficace le cause. La Medicina Palliativa si pone pertanto come insostituibile e fondamentale obiettivo quello di cercare di superare l'immenso buco nero che esiste tra la fine dei qualsiasi trattamento specifico specialistico e la morte del malato.

Altra spinta ad intraprendere l'approfondimento di alcune tematiche soprattutto etiche è stata la memoria di quante volte mi fossi trovata in difficoltà davanti ad un malato, difficoltà di capire se ciò che stavo facendo era davvero per il malato o se invece veniva fatto per la mia coscienza. Come è stato arduo talora capire se stavo agendo per il malato o per me stessa, se stavo curando la persona o il sintomo/valore di laboratorio. Forse questo senso di frustrazione deriva dalla personale percezione dell'insufficienza e del disagio nei confronti di un'etica concentrata esclusivamente sulla applicazione di principi in vista della valutazione delle azioni, dell'insufficienza nei confronti di un modello di prassi medica di tipo funzionalista o contrattualista. Facendo autocritica, l'agire tecnico per me è spesso stato solo un giustificativo, un "fare qualcosa" perché non sapevo che altro fare. Quanto è più facile fare, prescrivere, modificare le infusioni, le terapie e quanti pensieri risparmi! E ancora, quante volte mi sono interrogata se era giusto permettersi di "decidere" della vita o della morte. Mi è stato di estremo conforto incontrare al Master colleghi chirurghi, colleghi MMG e soprattutto urgentisti e medici del 118, con le stesse problematiche, gli stessi dubbi: estremi che si toccano, come nella circolarità del concetto di vita e di morte.

A rileggere le definizioni di accanimento terapeutico, tratte dal Comitato Nazionale di Bioetica (*Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, 14 luglio 1995*), mi sono ritornati alla mente forse troppi momenti della mia pratica quotidiana. Accanimento terapeutico è *"Un trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunge la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica"*. Spesso vi si ritrova *"Persistenza nell'uso di procedure diagnostiche come pure di interventi terapeutici, allorché è comprovata la loro inefficacia e inutilità sul piano di un'evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente, sia in termini clinici che di qualità di vita [...] Non è ingiustificato il timore che l'assistenza terapeutica, applicata indiscriminatamente, possa superare il limite del reale beneficio per il paziente e produrre un'esistenza meramente biologica, nella quale la qualità della vita è estremamente bassa,aggiungendosi anzi alle sofferenze insite nella malattia, quelle connesse agli stessi trattamenti"*.

Vale la pena fermarsi a riflettere su quali possano essere gli elementi che potenzialmente possono far scivolare il medico verso questo tipo di approccio. Indubbiamente la scarsa attenzione alle possibilità decisionali del paziente (o dei suoi "care givers" quando competenti a farlo), ma anche il senso acritico di rispetto della vita biologica. Come già accennato, elemento cardine è la difficoltà ad accettare l'esito infausto della patologia e quindi la morte del paziente, senza dimenticare la pressione

dei famigliari perché si faccia tutto il possibile per il loro congiunto, assieme al timore di conseguenze giuridiche per le proprie azioni. Forse migliorare la comunicazione con il paziente (e/o coi suoi famigliari) aiuterebbe la decisione clinica.

Mi sono anche chiesta, guardando in direzione contraria, se l'operatore delle cure palliative non corresse talora il rischio di percorrere la via opposta, cioè quella dell'abbandono terapeutico, atteggiamento e conseguente comportamento di rinuncia in termini sia di presenza psicologica che di interventi, dinanzi ad un paziente terminale per il quale un'evoluzione positiva del quadro clinico non appare più possibile. Accanimento e abbandono terapeutico possono avere una radice comune: la difficoltà ad accettare la reale condizione del paziente e la difficoltà ad offrirgli l'aiuto necessario. Mi piace ricordare alcune righe tratte dalla Dichiarazione Vaticana sull'Eutanasia che già nel 1980 ricordava: *"È lecito interrompere l'applicazione di mezzi quando i risultati deludono le speranze riposte in essi. Ma nel prendere una decisione del genere si dovrà tener conto del giusto desiderio dell'ammalato e dei suoi famigliari, nonché del parere di medici veramente competenti: costoro potranno senza dubbio giudicare meglio di ogni altro se l'investimento di strumenti e di personale è sproporzionato ai risultati prevedibili e se le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre"*.

Cure Palliative quindi non come un aiuto a "far morire", vicino a sfiorare il pericoloso e scivoloso tema dell'eutanasia, come purtroppo ritengono ancora in molti, ma come rispetto e ricerca della qualità di vita, nel rispetto delle volontà del malato, senza accanimento né abbandono terapeutico, utilizzando il concetto della "proporzionalità" delle cure. Tale giudizio di proporzionalità può essere formulato: *"mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e il rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni del malato e delle sue forze fisiche e morali"*. Reichlin aggiunge che *"Parlare di proporzionalità delle cure (...) significa sottolineare che la scelta del percorso terapeutico non è a priori determinata in maniera univoca dalla considerazione asettica delle indicazioni mediche: nelle fasi terminali della malattia tale scelta non può essere compiuta senza riferimento ad una pluralità di variabili, la maggior parte delle quali esula da considerazioni di tipo scientifico e non è quantificabile o prevedibile statisticamente. Tali variabili sono per l'appunto quelle connesse alla relazione terapeutica e alla situazione complessiva di attenzioni e di affetti che si crea attorno al malato: sono inoltre relative alla percezione del paziente e al significato che egli attribuisce agli sforzi terapeutici; comprendono infine, le ricadute in termini emotivi, psicologici e anche economici sui congiunti e sulla società"*. Vale la pena quindi sottolineare ancora una volta, soprattutto alla luce di alcuni pregiudizi culturali, il carattere di cure attive della medicina palliativa, come si evince chiaramente anche dal testo di legge. Essa non si limita all'astensione terapeutica ma affronta tutti i disagi del malato, anche i più complessi. Proprio perché i sintomi di fine vita sono di difficile controllo, la Medicina Palliativa si caratterizza per

l'elevato livello di prestazioni e competenze e deve offrire livelli qualitativi superiori.

Avvicinarsi alle Cure Palliative significa accettare costantemente il confronto con la propria "non-onnipotenza". La cultura dominante rifiuta questi limiti; ed il limite per eccellenza è rappresentato dalla morte, morte che viene spesso occultata. Forse, come dice Husserl, il concetto di scienza positivista, di scienza dei fatti, fa sì che si escluda di principio proprio quei problemi che sono i più scottanti per l'uomo, problemi del senso o del nonsenso dell'esistenza umana nel suo complesso, tra cui il problema "morte". Mi piace ricordare poche righe lette tanto tempo fa, di Pascal: *"Gli uomini non avendo potuto guardare la morte, la miseria, l'ignoranza, hanno deciso di non pensarci per rendersi felici."* Ma alla morte bisogna pensare, perché è esperienza quotidiana nelle nostre corsie e nella nostra pratica clinica. Bisogna forse rispolverare la "bioetica clinica" o quella "al letto del paziente", che si occupa delle decisioni da prendere di fronte alle incertezze, ai conflitti di valore, ai dilemmi che si devono risolvere vicino e con il malato. Il risultato deve essere un giudizio pratico su quello che si dovrebbe fare per aiutare la persona malata a vivere e a morire in un modo rispettoso della sua dignità. Non deve essere un curare la malattia, un numero, un parametro. Vogliamo avere il coraggio ad esempio di ricordare che il cancro non è la persona malata di cancro? Nietzsche stesso ci disse *"Orrore è vedere la malattia e non la persona! Vi è necessità di riprendere a farsi stupire dall'orrore di confondere la malattia con la persona"*. E lo disse tanto tempo fa.

La morte oggi, non viene forse troppo "medicalizzata"? Camon scrisse *"Oggi si muore con cuore e cervello innestati ai fili che finiscono in uno strumento registratore; è la morte intubata. E il personale curante è ormai un'équipe di meccanici impegnati a badare che la flebo sgoccioli e che l'ossigeno arrivi"*. Elias aggiunge *"Mancando un orizzonte simbolico che permetta di parlare della morte, cresce l'imbarazzo di parlare con il morente. Le persone a contatto con i morenti non sono più in grado di confortarli con la manifestazione della loro tenerezza"*. Mi sento di condividere pienamente il pensiero di Mattray: *"L'accettazione del tempo del morire come un tempo che, per quanto difficile possa essere per il malato e per i suoi familiari, fa veramente parte della storia della persona, non è affatto ancora evidente"*. La morte è ancora oggi un grande tabù, che causa l'allontanamento dal morente, riempiendo il suo spazio e tempo con tanto fare a scapito dello stare vicino alla persona. Inutile farvi presente quanto mi sia difficile spiegare i dubbi e timori etici, morali e personali che mi pervadono ogni volta che mi trovo davanti ad un Uomo che deve affrontare la fine della propria Vita. Nel mio cuore, spero siano i dilemmi di tutti. E mi ricollego ad un altro degli aspetti che mi ha spinto ad intraprendere l'avventura del Master, ovvero la comunicazione della diagnosi al malato e la conseguente gestione delle sue reazioni. Sulla scorta di queste riflessioni mi sono trovata a riconoscere ed a stupirmi che durante il corso di studi nessuno o quasi avesse accennato al morire, ma soprattutto a come si muore, a come sia difficile guardare negli occhi qualcuno che chiede se stia morendo. Nessuno ci ha provato ad insegnare cosa rispondere, come rispondere e a quali siano le "modalità"

più giuste per aiutare il malato e, perché no, il medico stesso, anche a gestire le proprie emozioni. Non trovando parole migliori per illustrare a tal proposito i miei pensieri e le mie sensazioni, mi permetto di prendere in prestito le parole e le frasi di un grande della letteratura, il cui libro consiglio a tutti coloro che sono interessati all'argomento: Lev Nicolaevič Tolstoj con "La morte di Ivan Il'ič".

"Il principale tormento di Ivan Il'ič era la menzogna – la menzogna chissà perché adottata da tutti – che lui fosse soltanto malato, non già sulla via di morire, e che bastasse star tranquillo e curarsi, e allora ne sarebbe venuto tutto di bene. Ma lui sapeva che qualunque cosa si facesse non ne sarebbe venuto nulla, all'infuori di sofferenze ancor più atroci e della morte. Era questa menzogna a tormentarlo, era il fatto che non volessero riconoscere quello che tutti sapevano e che anche lui sapeva, ma mentissero invece sulla sua orribile condizione e costringessero anche lui ad aver parte nella menzogna. Era questa menzogna ai suoi danni la vigilia della sua morte... E – strano – parecchie volte, quando loro venivano a contargli le loro storielle, era stato a un pelo dal gridare: smettetela di mentire, voi sapete benissimo, come lo so io, che sto morendo, perciò smettetela almeno di mentire. Ma non aveva mai avuto il coraggio di farlo"

Studi scientifici hanno dimostrato che circa il 70% dei pazienti ha consapevolezza del problema di salute grave (tumore, malattia degenerativa) che gli viene diagnosticato. La tendenza a procrastinare la comunicazione, da parte del malato, è dovuta alla paura, a precedenti esperienze, a depressione latente, ai timori legati alla cura, a vergogna, ad opinioni errate. Ma nella maggior parte dei casi, il problema non risiede nel malato bensì nel medico. La non comunicazione esaspera ancora di più il senso di isolamento e di abbandono.

«Aspettò solo che Gerasim avesse raggiunta la camera accanto e non si tenne più, scoppiò a piangere come un bambino. Piangeva sul suo abbandono, sulla sua terribile solitudine, sulla crudeltà degli uomini, sulla crudeltà di Dio, sul fatto che Dio non esisteva. "Perché tutto questo? Perché m'hai Tu condotto qui? Perché, perché mi tormenti così orribilmente?...". Non aspettava risposta e piangeva perché risposta non c'era e non poteva esserci»
«E che vuoi ora? Vivere? Vivere come? [...] Ma per quanto pensasse non trovò risposta. E quando gli si presentava, come gli si presentava spesso, l'idea che tutto venisse dal non aver egli vissuto come doveva, subito si richiamava alla mente la giustezza della sua vita e scacciava quella strana idea»

Oggi si parla tanto di assistenza personalizzata, di porre al centro il malato come persona. Sinceramente penso che siamo ancora molto lontani da questo obiettivo, sia per ostacoli normativi/istituzionali sia per carenze formative piuttosto che per pregiudizi o ignoranza, intesa come non conoscenza. Ma "Ogni viaggio comincia con un singolo passo" ed io, personalmente, voglio essere ottimista. La risposta alla domanda del titolo, arrivando alla conclusione, deve e può essere solo una: "Esistono malati inguaribili...ma non esistono malati incurabili". La medicina del terzo millennio deve pertanto riappropriarsi dell'approccio palliativo, qualcosa di antico ma che deve essere riscoperto e reso nuovamente attuale.

«E all'improvviso ciò che lo tormentava e che non tor-

nava, – tutto all'improvviso cominciò a tornare, da un lato, da due, da dieci, da tutti i lati. Ho pietà di loro, bisogna non farli soffrire. Liberarli e liberare me stesso da queste sofferenze. [...] "E la morte? Dov'è". Cercò la sua solita paura della morte e non la trovò. Dov'è? Ma che morte? Non c'era più paura perché non c'era più morte. Invece della morte, la luce»

(Lev Nicolaevič Tolstoj, da La morte di Ivan Il'ič).

L'uomo si barrica contro se stesso

(Tagore, da Uccelli Migranti)

Il padre fece ritorno da l rito funebre. Il bimbo di sette anni stava alla finestra, con gli occhi spalancati e un amuleto d'oro appeso al collo, pieno di pensieri troppo difficili per la sua età. Il padre lo prese nelle sue braccia e il bimbo chiese: "Dov'è la mamma?". "In cielo" rispose, indicando il cielo...Il bambino alzò gli occhi al cielo e guardò a lungo in silenzio. La sua mente perplessa inviò nella notte la domanda: "Dov'è il cielo?" La risposta non venne; e le stelle sembravano le lacrime ardenti di quella ignorante oscurità. (Tagore, da Il Fuggitivo)

Raffaella Antonione

Ed infine una recensione

Comunico ai Colleghi che, a cura della Casa Editrice Università di Trieste (EUT) è stato edito un bel volume di 160 pagine, che vuole essere una messa a punto sull'attività della nostra Università con una precisa messa a fuoco della sua attività nelle diverse articolazioni. Il volume è stato personalmente curato dal Magnifico Rettore, Francesco Peroni, e voluto come testimonial, da consegnare in omaggio ai visitatori illustri. Il capitolo inerente la Facoltà di Medicina e Chirurgia è stato redatto da me e occupa 15 facciate, con testo in italiano ed inglese. Il libro è ben illustrato e l'iconografia valorizza la gioventù studiosa.

Euro Ponte

DALLA FEDERFARMA

Recenti interventi normativi hanno meglio delineato il processo evolutivo che le farmacie del territorio stanno sperimentando da alcuni anni nel Friuli Venezia Giulia. La riflessione culturale e l'intenso dibattito che coinvolge da tempo il comparto delle farmacie ha individuato un percorso che pone il "pianeta farmacia" di fronte a un bivio.

Lasciato alle spalle il modello della FARMACIA TRADIZIONALE, che - per le sue caratteristiche di individualismo e di autoreferenzialità - è in declino, in quanto non più adeguato ai tempi e alle nuove esigenze del SSN e dei cittadini, si sono aperte alle farmacie due opzioni di cambiamento:

- Il modello della FARMACIA DI MERCATO, presente in alcuni grandi agglomerati urbani, dove l'operatività ha assunto una caratterizzazione "commerciale", offrendo però un'immagine che tende a banalizzare la competenza professionale dei farmacisti che vi operano.

- Il modello della FARMACIA DEI SERVIZI, quale struttura socio-sanitaria integrata nel SSN e nella comunità locale. È un modello di operatività piuttosto diffuso, specialmente nella nostra Regione e verso cui tende la maggioranza dei farmacisti.

Le farmacie del Friuli Venezia Giulia, hanno imboccato con entusiasmo il percorso che porterà a modellare le nostre farmacie quali CENTRI DI SERVIZIO, ove operano professionisti sanitari connessi in una "rete sociale" per rendere disponibile - con continuità e garanzia di assistenza - un servizio farmaceutico e sanitario di qualità, più vicino, più accessibile, più semplice, più tempestivo, più equo e più efficiente, ma soprattutto più incisivo sulle opportunità di salute per i cittadini.

Questa nuova "mission" culturale e professionale è stata riconosciuta a livello nazionale dal Decreto legislativo n. 153/2009 che, modificando il DLgs 502/92 (la riforma sanitaria "bis"), promuove la collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie convenzionate con i medici di Medicina Generale ed i pediatri di Libera Scelta, per la realizzazione di una serie di attività così schematizzabili:

Assistenza Domiciliare Integrata:

- **dispensazione per conto di medicinali soggetti a distribuzione diretta**
- **disponibilità di servizi infermieristici**

Aderenza terapeutica:

- **attività di monitoraggio sul corretto utilizzo dei medicinali prescritti**

- **consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici**

Servizi di primo livello per la popolazione e gruppi a rischio

- **partecipazione a programmi di educazione sanitaria e campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale**

Servizi di secondo livello per singoli assistiti, su indicazione del medico

Analisi di prima istanza nell'ambito dell'autocontrollo

Prenotazione di prestazioni ambulatoriali, pagamento ticket, ritiro referti.

Anche la Regione Friuli Venezia Giulia ha prontamente recepito questi orientamenti nella legge regionale n. 7/2009, che pone le fondamenta per inserire le farmacie nel sistema per la informatizzazione e messa in rete del Servizio sanitario regionale, per la prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, con possibili sviluppi di automazione basati sulla "ricetta elettronica" del medico MG.

Il punto di partenza del percorso per l'evoluzione della farmacia dei servizi è costituito da alcuni "punti di forza" che si possono così elencare:

- **prossimità al cittadino:**
le farmacie sono presenti in quasi tutti i comuni della Regione;
- **facile accessibilità:**
le farmacie costituiscono un servizio di vicinato, una "porta aperta sulla strada" dove il cittadino è abituato ad entrare senza alcun timore reverenziale, certo di poter contare su un punto di riferimento sanitario affidabile;
- **immediatezza nella risposta:**
difficile si verificano attese nelle farmacie, dove sono disponibili un numero di operatori adeguato a rispondere rapidamente alle esigenze degli utenti;
- **punto di ascolto:**
il farmacista è riconosciuto quale interlocutore vicino,

apprezzato e rispettato, credibile, affidabile, disponibile a prestare la sua attenzione al problema del cittadino. La farmacia può certamente intercettare l'utenza in cui bisogno sanitario e bisogno sociale si sovrappongono.

Tutte queste "qualità" che le farmacie possono esprimere non vanno trascurate, ma possono essere valorizzate e meglio organizzate sul territorio, se coordinate a livello distrettuale con gli altri attori del team delle cure primarie: Medici MG e pediatri LS, Medici specialisti Distrettuali, Operatori della A.D.I., Infermieri di comunità, Operatori dei Servizi Sociali dei Comuni.

Le farmacie sono in grado di portare un contributo efficace per il miglioramento del servizio pubblico sul territorio, e per diventare per i cittadini un riferimento sanitario facilmente accessibile, "front-office" del SSR sul territorio.

Nel contesto dei servizi socio-sanitari che la farmacia è in grado di offrire deve però rimanere centrale la fondamentale funzione di **erogatore primario** dell'assistenza farmaceutica, che si sostanzia nella dispensazione professionale di tutti i farmaci, sia per i trattamenti acuti che per le terapie croniche e della continuità ospedale-territorio.

Il ruolo cardine del farmacista del territorio nella dispensazione del farmaco può essere potenziato e valorizzato attivando forme innovative e condivise di assistenza farmaceutica con modalità che assicurino un servizio capillare e di qualità ai cittadini, ed evitino il ricorso a forme di distribuzione diretta accentrata, che a fronte di apparenti risparmi, comportano disagi ai pazienti per la limitata accessibilità delle strutture pubbliche e impongono oneri e costi indiretti a carico dei famigliari o dei servizi di supporto. Nello stesso tempo, nuovi progetti del servizio di distribuzione del farmaco, quali la "Distribuzione per Conto" consentono di riconfermare le peculiari prerogative professionali dei farmacisti del territorio e degli operatori sanitari delle strutture pubbliche, nel rispetto sostanziale e formale delle rispettive competenze.

La conferma del ruolo insostituibile della farmacia nella distribuzione del farmaco costituisce l'architrave che sostiene l'intera struttura, anche dal punto di vista finanziario, al fine di metterla in grado di sostenersi economicamente per poter assicurare quei servizi di integrazione socio sanitaria di qualità tanto auspicati dai cittadini e dall'Amministrazione sanitaria.

Questo è particolarmente importante per le farmacie rurali situate in località marginali della Regione, come l'Alto Friuli, le aree spopolate nelle vallate del Natisone e nel Maniaghese, che spesso rappresentano l'unico presidio sanitario di zona, essenziale per la vita della comunità.

La riduzione del fatturato determinata dalle misure di risparmio sulla spesa farmaceutica (distribuzione diretta, tagli dei prezzi dei medicinali generici, etc.) e il prevedibile incremento dei costi gestionali e dei costi di investi-

mento in attrezzature e personale per la prestazione di servizi mette in seria difficoltà le piccole farmacie rurali che operano in situazioni sociali particolari, dove rappresentano uno dei servizi di base; risulta quindi necessario salvaguardare la sostenibilità economica e i livelli occupazionali di queste farmacie.

Testimonianza importante del ruolo e dell'importanza della farmacia al servizio delle singole comunità è stata, non dimentichiamolo, la grande ed entusiastica adesione di ben 77.000 cittadini alla raccolta di firme promossa lo scorso inverno per mantenere la distribuzione di tutti i farmaci nella farmacia di prossimità.

Alessandro Fumaneri

Presidente Federfarma Friuli Venezia Giulia

Questioni

L'International Council of Human Dignity prende in considerazione e propone una serie di 12 punti, onde mettere a punto la "Carta dei Doveri Umani" per giungere ad un Codice di Etica e di Responsabilità condivise. È mia intenzione prendere in considerazione due di questi punti, il primo ed il decimo, che possono aver attinenza, più degli altri, con la professione medica. È tipico della nostra epoca, apparentemente aperta al dialogo ed al confronto, il voler ingessare in frasi rigide o generiche anche ciò che appare di primo acchito essere di "buon senso". Questo è dovuto alla reale differenza nel vedere le cose di una civiltà sempre più "globalizzata" ma che al di sotto di una sottile crosta conserva differenze culturali e intolleranze.

Il punto 1 recita: "*è dovere di ogni essere umano rispettare la dignità umana e riconoscere ed accettare diversità etniche, culturali e religiose*"; il punto 10 "*rispettare e proteggere la diversità genetica degli organismi viventi e favorire il costante controllo delle applicazioni tecnologiche dei risultati della ricerca genetica*".

Punto 1: Il punto 1, contrariamente a quello che discuteremo come secondo, attiene chiaramente e strettamente all'essere umano con soggetto e come oggetto. Se non vi è dubbio sulla parola *-dovere-* meno facile è capire cosa significano, in diversi ambiti di pensiero, i termini *-rispettare-* ed anche *-dignità-*. Questo secondo termine va riportato, senza alcun dubbio, al concetto di *-persona-* per cui si potrebbe intendere completato in *-dignità della persona-*. Il concetto di rispettare mi sembra più sfumato soprattutto per quanto attiene il suo limite (fino a quanto bisogna rispettare? Risposta implicita, sempre); la domanda che mi sorge spontanea è "l'indegno va anche rispettato?" (E quando un essere umano è indegno? Risposta implicita "mai"). Il tutto si traduce, per noi medici, in quello che sappiamo da tempo: qualsiasi uomo, e tanto più se è malato, va assistito. Il nostro codice deon-

tologico, ma prima ancora la nostra coscienza, lo richiedono. È per noi necessaria una iterazione del concetto?

Punto 2: è interessante per l'estensione agli *organismi viventi*. Anche qui si parla di rispettare ma si aggiunge il termine *proteggere*. È dovere quindi dell'uomo proteggere, ma cosa e come? Dal testo si evince che è dovere dell'uomo proteggere la diversità genica, cioè la strutturazione genetica di tutti gli organismi viventi. Proteggere dalla mutazioni naturali, dalla manipolazione genetica, da tutto ciò che l'attuale tecnologia può fare? Ed infatti il paragrafo, nella sua seconda parte parla di controllo delle *applicazioni tecnologiche*, e qui siamo ancora nel vago e, permettetemi, nell'opinabile. Il controllo è patrimonio di élite particolari, che possono essere anche molto diverse tra di loro, politici, scienziati, religiosi?

Queste considerazioni, peraltro a ruota libera, dovrebbero far intendere quanto non sia facile giungere a sintetiche (ma sempre tali?) enunciazioni condivise. D'altronde anche i 12 comandamenti, che più sintetici di così non potrebbero essere, non sono ampiamente interpretabili?

Euro Ponte

ED INFINE UN PO' DELLA NOSTRA STORIA

In ricordo di...

Enrico TAGLIAFERRO (1907-1987)



Conobbi Enrico Tagliaferro solo a metà degli Anni Settanta del secolo scorso, quando arrivai a Trieste, negli Ospedali Riuniti, come direttore sanitario.

Di lui sapevo che era un ottimo medico, primario della prima divisione medica, e che era come un padre per i suoi collaboratori, che cercava sempre di aiutare, portando più di

qualcuno ad alti livelli di carriera.

Era un uomo di valore, non solo professionale, ma anche morale, con il quale, ed altri illustri colleghi, fondai negli Anni Ottanta il Conservatorio di Storia Medica Giuliana.

Oggi lo voglio qui ricordare agli amnesici concittadini, specie medici, non solo perché è stato un protagonista della passata medicina, ma anche perché, a suo tempo, sono stato arricchito dal suo paterno affetto e dalla sua preziosa amicizia.

Tagliaferro nacque a Trieste il 17 marzo 1907. Compiuti gli studi primari, medi e superiori nella città natale, si iscrisse nel 1920 alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Padova, conseguendo nel 1931, a pieni voti, la laurea.

Abilitato alla professione, iniziò lo stesso anno a prestare servizio all'Ospedale, "Regina Elena", oggi "Maggiore", rimanendovi per 46 anni.

Allievo, prima di Vittorio Cominotti (1869-1933), poi del grande Adriano Sturli (1873-1964), scopritore nel 1902 con Decastello del gruppo sanguigno AB, Tagliaferro fu medico assistente nella prima divisione medica dal 1931 al 1940, medico aiuto dal 1940 al 1947 e dal 1948 al 1977 primario medico della medesima divisione.

Andato in quiescenza per raggiunti limiti d'età, fu nominato primario emerito degli Ospedali Riuniti di Trieste.

Intanto, nel 1942, aveva conseguito la libera docenza in patologia speciale medica.

Con vasta e molto qualificata produzione scientifica, che contava più di cento pubblicazioni, alcune monografie e numerose comunicazioni a convegni scientifici, Tagliaferro tenne sei corsi liberi per la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Padova e fu per più anni docente in vari corsi della Scuola Medica Ospedaliera di Trieste; in seguito divenne professore incaricato stabilizzato per l'insegnamento della clinica fisiologica nella facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste.

Durante l'ultimo conflitto bellico mondiale, fu richiamato alle armi nel maggio 1940 e destinato ad un ospedale da campo in zona d'operazioni, prima sul confine francese, poi nell'ex Jugoslavia. Per i suoi meriti di pa-

triotà fu insignito della commenda della Corona d'Italia.

La sua attività scientifica lo vide direttore della "Minerva Medica Giuliana", Presidente della Sezione giuliana della società Italiana di Ematologia, presidente della Scuola Medica Ospedaliera Triestina e, per ben 18 anni, dal 1957 al 1975, Presidente dell'Associazione Medica Triestina, organizzando dal 1947 le Giornate Mediche Triestine.

Per il suo impegno nella sanità pubblica ricevette dal Ministro della Sanità Degan la medaglia d'oro al merito. Sotto il profilo politico, Tagliaferro fu un uomo coerente, corretto, attivo ed onesto.

Iscritto sin dal giugno del 1921 al Partito Nazionale Fascista, rimase ad esso fedele sino alla fine del secolo conflitto bellico mondiale, per passare poi, al Movimento Sociale Italiano, suo erede spirituale. Tale coerenza non ebbe alcuna ricaduta positiva, né politica, né socioeconomica, riservata, di solito, a chi sa adeguarsi ai tempi nuovi e salire tempestivamente sui carri del potere spesso diversi nel tempo. Coerente nel suo credo politico, ma mai fazioso, fu consigliere comunale a Trieste, del Movimento Sociale Italiano dal 1952 al 1966 e dal 1969 al 1979; fu vice Presidente della Lega Nazionale di Trieste, dal 1955 al 1981, e Presidente della stessa dal 1982 alla morte, ottenendo il riconoscimento di monumento nazionale alle foibe di Basovizza e Monrupino.

Tagliaferro, atleta, da ragazzo, della Società Ginnastica Triestina, della quale fu presidente dal 1966 al 1978, fece parte della squadra biancoceleste, che nel 1922, vinse il concorso nazionale.

Come medico, fu professionista preparato, specie in campo tisiatico ed ematologico, attivissimo, sia come studioso, che quale organizzatore, creando una valida scuola di pensiero scientifico e di etica professionale.

Di atteggiamento a volte burbero, era sempre in lotta con il tempo, avendo molto da fare, non per se, ma per le molte iniziative che portava avanti.

Altri suoi interessi furono la famiglia, il canottaggio, che praticò fino all'età anziana, il cane, le passeggiate sul Carso e la filatelia. Morì ad ottant'anni, il 15 novembre 1987, lasciando nella medicina giuliana un solco, che di certo non sarà colmato, data l'ingratitude di molti ed il frequente oblio della moderna classe medica, che spesso pensa soprattutto alla carriera, al benessere dell'oggi ed alla pensione del domani.

Claudio Bevilacqua

e di...

Arturo CASTIGLIONI (1874-1953)

Arturo Castiglioni, figlio di un rabbino, nasce a Trieste nel 1874, in un momento caratterizzato dalla forte espansione mercantile della città. Si laurea in Medicina all'Università di Vienna nel 1896. Dal 1898 al 1904 lavora come medico all'Ospedale Civico, coltivando profonde amicizie con colleghi come Giuseppe Brettauer, primario oculista e Presidente dell'Ospedale Civico, colto collezionista di monete e medaglie.

Nel 1899 diviene capo dei Servizi Sanitari del Lloyd, Austriaco prima, Triestino poi, cosa che lo condusse a viaggiare molto, conoscendo terre e popoli lontani, con molteplici e fruttuosi contatti. L'aver scritto di queste esperienze lo fecero definire "giornalista illuminato". Nel 1921 ottiene la libera docenza in Storia della Medicina e nel 1924 la prestigiosa carica di docente della stessa disciplina presso l'Università di Padova, nomina che, va ricordato, non si concretizzò mai in cattedra e il cui insegnamento era a titolo gratuito, ma che tiene sino al 1935. Nel numero di maggio-giugno 1925 della Rivista di Storia e delle Scienze Mediche e Naturali è integralmente pubblicata la sua prolusione al corso ufficiale dell'insegnamento patavino, prolusione che si intitola "Il pensiero medico nella sua evoluzione storica".

Il Castiglioni conclude il suo dire con: "L'insegnamento della storia della medicina deve animare i giovani ad intendere questa alta verità ..." -la necessità di umana solidarietà come dice poco sopra- " ... ed insegnare a ripercorrere le vie del passato; da questo studio il pensiero del medico di domani, sereno nella fede e nelle nuove verità, pensoso dei nuovi problemi che la scienza li addita, tornerà ancora ad attingere con rilevanza pietosa, con devoto amore, alle fonti inesaurite dei nostri antichi sapienti".

Il Triestino, irredentista all'epoca asburgica, italianissimo, con educazione universitaria a Vienna nell'epoca dell'apogeo della famosa scuola medica viennese, rappresentò l'aspetto nazional-liberale come tanti medici triestini all'epoca, che così incisivamente hanno contribuito all'ideale di Trieste italiana. Come molti altri non fu premiato. Nel 1938, con le leggi razziali, preferisce lasciare l'Italia e chiedere "rifugio" negli Stati Uniti. Trova le porte aperte e gli viene offerto un insegnamento all'Università

di Yale, occasione quindi di frequentare e confrontarsi con ulteriori, eminenti, personalità, della Storia della Medicina e della Scienza in genere. Nel 1942 diviene Presidente della New York Society for Medical History. Nel 1944 al Waldorf-Astoria Hotel di New York viene festeggiato il suo settantesimo compleanno, con una conviviale in suo onore, in presenza di più di 200 amici, convenuti anche da lontano.

Ritornato in Italia nel 1946, abita a Milano, non senza dei brevi soggiorni a Trieste (che tra l'altro, post mortem, gli ha dedicato una via). Prima e dopo la guerra fu frequentatore ascoltato di congressi e convegni, membro prestigioso e Presidente di Società Scientifiche. Muore a Milano nel 1953.

L'annuncio della sua morte viene dato tempestivamente dal *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* dell'anno 1953, con stile tipicamente anglosassone: *As the Journal was going to press, the Editor received the sad news of the death of Dr. Arturo Castiglioni on 21 January in Milan after a brief illness*. Nello stesso anno veniva commemorato da Jerome P. Webster sul Bulletin of the New York Academy of Medicine. Viene definito "uomo del Rinascimento" per il suo modo con cui aveva condotto la sua vita. Particolare curioso, e che qui riferisco, si trae nelle ricerche informatiche; su Wikipedia, il Castiglioni viene così descritto: *...was an Italian-born American medical historian*.

Uomo coltissimo, pubblicò più di 180 lavori scientifici, oltre alla sua celeberrima "Storia della Medicina" uscita in edizione prebellica e poi nel 1948, testo fondamentale, ponderoso ma non pesante, ancora attuale, dopo più di 75 anni. Di lui il Premuda dice in "Storia della Medicina, tra Veneto e Trieste: aspetti e personaggi", relazione del 1984, che il personaggio aveva capacità indiscusse, anche se non esente di critica da parte di qualche storico a lui contemporaneo che reputa la parte inerente l'Ottocento non all'altezza dei precedenti capitoli. Premuda riconosce a Castiglioni una valida preparazione filologica, un'ottima conoscenza delle più importanti lingue dell'epoca, tedesco, inglese, francese e spagnolo. Afferma anche che il fatto di aver molto viaggiato in tempi in cui questo non era usuale aveva sicuramente favorito la cultura e l'ampiezza di vedute del Nostro.

Euro Ponte

Il nuovo museo delle Scienze Sanitarie di Cattinara

Per chi non ci sia già stato, il percorso è tortuoso, e mancano ancora le indicazioni necessarie ad orientarsi. Dopo alcuni tentativi, d'improvviso, si arriva nell'atrio della Biblioteca di Medicina, ed ecco il Museo, o meglio il primo nucleo del Museo nato il 4 marzo 2010 con la cerimonia di inaugurazione presieduta dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dottor Franco Zigrino, presenti (e compiaciuti) il Magnifico Rettore dell'Università Francesco Peroni, l'Assessore alle politiche culturali e mu-

seali del Comune Massimo Greco, ed il Direttore dei Civici Musei Adriano Dugulin.

Con l'inaugurazione, e grazie all'intervento economico di alcuni Rotary Club e della Fondazione Katleen Casali oltre alla collaborazione di SmaTs e dei Civici Musei, finalmente è attivo il Museo delle Scienze Sanitarie di Trieste, che trova le sue radici in una consolidata tradizione medica derivante dalla Trieste grande città dell'Impero Austro-Ungarico; Museo che ora fiorisce grazie alla linfa

costituita da anni di umile ed oscuro lavoro di raccolta e catalogazione dei materiali abbandonati o dismessi dai Sanitari che negli ospedali triestini provvedono ogni giorno alle necessità di salute della popolazione.

Gli oggetti raccolti e protetti dalle ingiurie del tempo e dall'uso improprio non risultano, ahimé, antichi quanto quelli presenti in altre realtà museali italiane, forse perchè a Trieste, in ossequio ad un radicato principio d'ordine molto sentito dalla popolazione, si tende ad eliminare quanto prima tutto ciò che sembra ormai inutile, o forse perchè l'ospedale principale, attualmente denominato Maggiore, è di edificazione relativamente recente (1841), e, fin dal momento dell'apertura era considerato tanto aggiornato e all'avanguardia da rendere obsoleti ed inutili gli strumenti ed i materiali d'uso presenti presso gli altri ospedali.

Malgrado questo evidente handicap, sono stati pazientemente catalogati numerosi oggetti pertinenti alle diverse specializzazioni, è stato avviato un primo restauro dei pezzi meno danneggiati ed ora questi strumenti si possono ammirare in tutto il loro fascino di ottone e cuoio nelle ampie bacheche fornite dalla Direzione Generale della nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria. Il quadro d'insieme che se ne ricava È l'immagine della Medicina a Trieste tra il 1841 e la metà del XX secolo, periodo assunto arbitrariamente come limite per considerare un oggetto "antico" anzichè "vecchio".

Sotto la grande insegna dell'Ospedale Civico che campeggia sulla parete si sviluppa quindi la mostra, articolata in alcune bacheche contenenti i vari pezzi suddivisi per genere: c'è una sezione dedicata all' Ostetricia in cui sono raccolti forcipi, specula vaginali, un pelvimetro di Breisky, ed altri oggetti che testimoniano l'attenzione dedicata alle distocie in un passato privo di mezzi radiologici o di ecografia; non mancano nemmeno quei strumenti, come il perforatore di Werneck od il craniocafaloclaste di Auvard-Durssen, indispensabili nell'evenienza (evidentemente frequente) di decesso intrauterino del feto.

La sezione di Otorinolaringoiatria, esibisce alcuni specchietti laringei con manico in legno ed in osso (non sterilizzabili, e perciò attribuibili al XIX secolo), un tonsillotomo a ghigliottina, e diversi strumenti di sala utili a cauterizzare le lesioni sanguinanti poste in profondità nei distretti corporei di competenza.

La Chirurgia, sia generale che specialistica, è rappresentata da alcuni set di bisturi (per chirurgia oculare con manico d'avorio, con manico di ebano, ecc), da un astuccio di legno con forbici e bisturi, da un kit tascabile per piccola chirurgia contenuto in un borsellino di cuoio, e da altri oggetti affini, come la maschera di Schimmelbusch per l'anestesia inalatoria da condurre con etere o cloroformio. Un pezzo curioso, indicativo di quanto lo sviluppo tecnico abbia modificato i metodi diagnostici d'uso, è un Gastroalgesimetro di Boas degli inizi del XX Secolo: costituito da un attrezzo dotato di scala numerica da porre sull'addome, nei casi di ulcera peptica serviva evidentemente a quantificare numericamente il dolore epigastrico, in prima fase per scopi diagnostici e successivamente per valutare la risposta alla terapia. Non manca neanche un set per emotrasfusione diretta, con siringa di Louis Jubé (1930).

Qua e là troviamo astucci di velluto contenenti siringhe

ipodermiche di varia foggia, tutte corredate da aghi d'argento: È l'armamentario in uso nella seconda metà dell'800 da parte dei numerosi pazienti con dolore cronico da traumi bellici ("il mal del soldato"), i quali traevano beneficio dalla automedicazione con morfina (sintetizzata dal 1804; prima assunta per os, dal 1846 per via sottocutanea), e spesso finivano nella tossicodipendenza (basti ricordare "La soluzione al 7 per cento" di Sir Arthur Conan Doyle). Il problema era divenuto così serio da spingere la ditta Bayer a studiare una valida alternativa, raggiunta finalmente nel 1898: l'eroina.

Le bacheche "tecnologiche" contengono alcune attrezzature ormai desuete, come gli apparecchi per l'Elettroshock, tubi radiogeni per Roentgenterapia, microscopi di ottone di oltre un secolo di vita, un apparecchio di Forlanini per lo pneumotorace terapeutico, ecc. Non mancano gli apparecchi per l'elettroterapia, interessante metodo terapeutico purtroppo applicato spesso a casaccio ad ogni tipo di patologia: in alcuni periodi storici l'elettricità veniva prescritta per la terapia della calcolosi vescicale, ma anche per la calvizie o per migliorare l'estetica (rughe, cicatrici, ecc.).

Il settore Urologia, frutto in gran parte della generosità della signora Bianca de Favento, esibisce un antico cistoscopia nella scatola di legno originale, un contenitore metallico per sterilizzazione con presa e manici in ceramica, ed un inconsueto cateterostato di Dufaux, nel quale era possibile mantenere i cateteri sterili.

Particolarmente ricca l'esposizione di strumenti di pertinenza Cardiovascolare, comprendente numerosi fonendoscopi e stetoscopi monoaurali di varie foggie (spesso il Cattedratico di chiara fama suggeriva ai produttori modifiche migliorative nella forma o nelle dimensioni di questi oggetti, per cui al giorno d'oggi sono commercializzate molte varietà diverse di strumenti, spesso indicate con il nome dell' inventore). Nell'esposizione sono presenti anche un capillaroscopio (microscopio a luce diretta) ed un elettrocardiografo portatile che probabilmente risale agli anni 30 o 40 del XX secolo. Immane lo sfigmomanometro, sia del tipo von Recklinghausen che quello tipo Riva-Rocci, a mercurio; quest'ultimo ha la particolarità di essere alloggiato in un contenitore di legno. (dono di Roberto Velari).

I pezzi più voluminosi sono esibiti in una bacheca a parte. Si possono ammirare una autoclave a carbone, risalente con probabilità agli anni a cavallo del secolo, due sedie a ruote in legno e ferro, con schienale realizzato nella prima in paglia di Vienna e nella seconda in cuoio. È visibile anche un antico lettino ostetrico in legno (ricordate il termine triestino "cavalchina" ?) ed un letto di contenzione per agitati, con una copertura di rete.

Dato che la storia di Trieste enumera diversi episodi di occupazione militare, è possibile rilevare qualche traccia di ciò anche in questo Museo. Troviamo infatti una barriera militare delle Forze Armate USA, un contenitore rigido in pelle che costituiva, alla fine del XIX secolo, la farmacia da campo di un Reparto del Regio Esercito Italiano (dono del dott. Renato Bruni), ed un kit di aghi da sutura che erano in dotazione dei medici militari USA nel 1940 (dono del dott. Mario Nicotra).

Infine è doveroso dire che, se anche alcuni di noi hanno donato il loro tempo e la loro esperienza per realizzare la

catalogazione, base di ogni Museo, questa struttura è patrimonio comune di tutto il personale sanitario di Trieste che ha fornito con slancio gran parte del materiale esposto. Molti pezzi tra i più significativi e meglio conservati sono stati donati da quei Colleghi che, con gusto del bello e con una coscienza storica manifestatasi forse prima che in altri, hanno provveduto individualmente a salvare strumenti e materiali ed a farne ora dono al Museo.

In conclusione, questa breve disamina ci ha permesso di citare, a volo d'uccello, solo parte degli oltre 100 og-

getti esposti nel Museo delle Scienze Sanitarie di recente apertura, ma speriamo di avere così trasmesso almeno una parte dell'entusiasmo che ci ha guidato fino alla realizzazione dell'esposizione; ciò che è difficile far sentire a distanza è la consapevolezza che quegli strumenti sono stati usati da uomini pratici, che usavano l'intelligenza, ma anche le mani, per ridare la speranza di una vita normale ai pazienti che ricorrevano a loro.

Mario Nicotra



DALLA ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI (AMMI)

AMMI... UN' ANNATA INTENSA PER LE MOGLI DEI MEDICI

Col bellissimo scenario delle "barche in sacchetta e del tramonto dietro la "Lanterna", alla presenza del Presidente dell'Ordine dei Medici dott. Claudio Pandullo, delle socie e di numerosi invitati di prestigio nel campo medico e culturale di Trieste si è concluso l'anno sociale 2009-2010 dell' AMMI di Trieste.

Il discorso della Presidente Maria Cristina Longo ha riassunto per gli ospiti le finalità dell'Associazione, attiva nel campo medico e sociale in stretta collaborazione con la classe medica, per un'informazione sanitaria scientificamente corretta e accessibile e per una cultura della prevenzione, del benessere e della solidarietà. A questo proposito ha ricordato:

- gli interventi in favore di alcune Istituzioni della nostra città che si occupano di sostenere il disagio, interventi che sono stati possibili grazie alla generosità delle socie e delle amiche dell'AMMI essendo l'AMMI un'associazione completamente volontaristica.

- inoltre i due premi di studio assegnati a due giovani medici-ricercatori particolarmente meritevoli, uno nel campo delle malattie neurologiche (stroke acuto) e uno della cardiologia molecolare.

- e infine le conferenze organizzate in quest' anno sociale, di grande interesse e attualità, che hanno richiamato un folto pubblico anche per lo spessore dei relatori, come quella sulle "Cellule staminali: false promesse e reali prospettive" (relatori il Prof. Mauro Giacca direttore dell'ICGEB International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology di Trieste e la dott.ssa Serena Zacchigna MD, PhD Molecular Medicine, sua collaboratrice) . "Noi

e....qualche chilo di troppo" (relatore il Dott. Francesco Dapas specialista in Endocrinologia) e ancora in collaborazione con l'ANDE: "Anche questi sono problemi femminili..." (relatore Il Prof. Salvatore Siracusano specialista in Urologia), e la tavola rotonda sul tema del "Linguaggio e Comunicazione" dove si sono confrontate ben quattro relatrici (Marina Sbisà prof. di Filosofia del Linguaggio dell'Università di Trieste, Barbara Toros, Rosa Tea Semolini e Marisa Mammano psicologhe e psicoterapeute).

- non sono mancati nell'ambito dell'attività numerosi momenti di socializzazione e di evasione, gite culturali, riunioni a carattere letterario, ecc.

La cena ha avuto anche un risvolto benefico a favore della LILT, o meglio, ha detto la Presidente Longo, ha voluto dare un segno di solidarietà e di condivisione in un campo tanto delicato come quello delle malattie oncologiche, avendo la LILT e l'AMMI un reciproco protocollo d'intesa. Ha anche ricordato a proposito di solidarietà che l'AMMI ha un "Fondo Orfani" che può dare un aiuto "una tantum" ad orfani di medici e a vedove di medici, ma ha anche ricordato l'importanza dell'ONAOSI una Fondazione che si prende carico degli orfani dei sanitari iscritti e grazie a cui molti giovani hanno potuto laurearsi e raggiungere serenamente i loro obiettivi di lavoro.

L'arrivederci a socie e amici è per ottobre con una nuova interessante conferenza dal titolo "Curiamo l'ambiente per curare la salute".

Maria Cristina Longo

Rubrica aperta ai contributi di tutte le organizzazioni sindacali mediche compatibilmente con lo spazio disponibile

..... DALLA CISL Medici

La riforma del Governo Clinico delle Aziende. A che punto siamo?

Trascorso il mese di agosto riprenderà l'iter della XVI legislatura in merito ai due temi che vicende politiche e vacanze estive avevano interrotto all'inizio dell'estate. Mi riferisco al Ddl sul "Governo clinico" che detta i principi fondamentali in materia di governo sanitario per una sua maggiore efficienza, ed al Ddl "Lavoro" che tratta una materia molto "corposa": deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, riorganizzazione di enti, congedi, aspettative e permessi, ammortizzatori sociali, servizi per l'impiego, incentivi all'occupazione, apprendistato, occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro. I due Ddl sono strettamente connessi tra loro per le problematiche che interessano noi medici, quali l'età pensionabile e, per certi versi, l'arbitrato e la conciliazione, procedure utilizzabili in caso di ricorsi giudiziari, trattando i due Ddl anche di valutazione negativa con conseguente recesso del rapporto di lavoro di dirigenti medici.

Il Ddl "Lavoro" (1167 B-BIS) è attualmente assegnato alle commissioni riunite Affari Costituzionali-Lavoro e Previdenza sociale del Senato e dovrebbe ritornare prossimamente, per l'approvazione, alla Camera dei Deputati in quanto modificato rispetto al testo precedente, dopo le osservazioni che aveva fatto il Presidente della Repubblica. La nota del Quirinale sul tema parlava di estrema eterogeneità della legge e in particolare della complessità e problematicità di alcune disposizioni, con specifico riguardo agli articoli 18, 20 e 31, che disciplinano temi attinenti alla tutela del lavoro, di indubbia delicatezza sul piano sociale, ma anche relativamente agli art. 32 e 50. Il Capo dello Stato aveva sottolineato che l'arbitrato deve essere "di equità, circoscritto in limiti certi e condiviso" e il suo "ricorso deve essere coerente con la tutela dei diritti dei lavoratori". Il Governo, per bocca del Ministro del Lavoro Sacconi, ha assicurato che proporrà modifiche sostanziali al provvedimento in esame, pur senza snaturare l'istituto dell'arbitrato. Siamo in attesa.

Il "Governo clinico" (AC 799) invece è stato ritirato dalla Camera, stante anche il parere contrario della Commissione Parlamentare per le questioni regionali, perché il provvedimento appare in contrasto con il Titolo V della Costituzione, in quanto enuncia talune prescrizioni in ordine a compiti di programmazione, indirizzo e regolamentazione, ascrivibili a competenze regionali, con

particolare riferimento agli art 2, 2 bis, 3, 5, 10 e 11: viene demandata alle regioni la disciplina delle modalità di conferimento degli incarichi professionali, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché quelli di struttura semplice i cui criteri generali sono attualmente definiti in sede di contrattazione collettiva. Tale disposizione potrebbe dar luogo a trattamenti differenziati in ambito nazionale ed appare incoerente con una previsione di aumento della spesa. Scontata la contrarietà dell'opposizione parlamentare e di alcuni sindacati medici, la CISL rileva, con nota del suo segretario nazionale, che il Ddl, fatte le opportune modifiche e forniti i chiarimenti richiesti, deve avere priorità assoluta per il nuovo ruolo che deve dare alla categoria medica. I medici dovranno finalmente uscire dalle "catacombe" per riassumere una titolarità di competenze e di responsabilità nel Servizio Sanitario Nazionale! E la necessità di limitare il primato dell'apparato burocratico amministrativo per ridurlo alla sua specifica funzione di supporto. Non si vuole cioè che tutto il provvedimento legislativo si riduca alla discussione sul pensionamento dei medici a 70 anni ed alle normative concorsuali. In questo momento bisogna esplicitamente parlare anche dei contratti di lavoro come strumenti di riforma, proprio come è avvenuto recentemente con la sigla delle Convenzioni Mediche dove lo strumento contrattuale è stato usato per determinare cambiamenti significativi nell'ambito dell'organizzazione dei servizi e delle cure primarie.

Compito difficile che vede non tutte le sigle sindacali coese e con gli stessi obiettivi e finalità. Del resto, la liberalizzazione del mercato del lavoro (anche medico) è il tema centrale che nell'ultimo decennio ha caratterizzato ed attraversato tutte le formazioni politiche che si sono succedute (centro-destra, centro-sinistra) e il modello concertativo si sta rivelando non più adeguato in assenza di accordi di secondo livello che aumentino la flessibilità del mondo del lavoro tutelandolo dal rischio di precarietà e licenziamento: il richiamo del Colle all'art. 32 (decadenza e disposizioni in materia di contratto a termine) e all'art. 50 (sanatoria dei CO.CO.PRO.) merita approfondimenti anche in chiave regionale.

A tale proposito e come esempio costruttivo la CISL Medici richiama l'attenzione sul tema della perequazione stipendiale tra aziende, che ha trovato recentemente un accordo sostanziale tra tutte le sigle sindacali mediche della regione Friuli Venezia Giulia, un impegno alla coesione che ha portato ad un importante risultato, "forzando un po' la mano" sulla parte mobile del salario, quella che riguarda gli obiettivi, ma permettendo, in maniera formalmente corretta, l'avvicinamento all'equiparazione. Una scelta difficile, ma discussa ed infine approvata unitamente all'Assessorato alla Salute, Integrazione socio-sanitaria e Politiche sociali (vedi tabella).

Siamo in attesa che i due Ddl portino novità e chiarezza su un quadro normativo che è inevitabilmente in rapida evoluzione. Il che rafforzerà la richiesta di un testo unico

per migliorare l'applicazione delle norme contrattuali e semplificare le procedure per i prossimi accordi nazionali. Sarà, come si suol dire, un nuovo "problem solving", ma il parere positivo del Presidente del Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità Romano Colozzi ("proposta apprezzabile che va nella direzione giusta, siamo pronti a collaborare"), lascia ben sperare.

Sergio Parco

Riferimenti

1. Disegno di legge 1167 B BIS. Deleghe al governo in materia di lavori usuranti, riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi.
2. Disegno di legge AC 799. Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del SSN.
3. Atti Commissione Parlamentare per le questioni regionali (giugno 2010).
4. ASCA. News in tempo reale, 04.05.2010.
5. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Ispettorato generale per la spesa sociale. AC 799 ne abbinati. 05.05.2010

DISTRIBUZIONE DELLA QUOTA DI RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE ALLE 3 AZIENDE PIU' DISTANTI DALLA QUOTA REGIONALE

AZIENDA	quota media aziendale di posizione+risultato	differenza su quota regionale (17.314,90)	peso della distanza singola da distanza complessiva	PESO DISTANZA* NUMERO ADDETTI	COEFFICIENTE UNITARIO* PESO DISTANZA (soldi distribuibili)
A.S.S. n. 1	17 894.91			0.00	-
A.S.S. n. 2	18 645.34			0.00	-
A.S.S. n. 3	19 299.45			0.00	-
A.S.S. n. 4	16 597.50	717.39	23.81		
A.S.S. n. 5	18 472.65			0.00	-
A.S.S. n. 6	17 269.10	45.80			-
A.O.U. TS*	16 528.53	786.37	26.10		
A.O.U UD **	16 438.99				-
A.O. PN	15 851.79	1 463.11	48.57		
BURLO	19 308.75			0.00	-
C.R.O.	9 481.83			0.00	-
TOTALE/MEDIA REGIONALE	17 314.90	3 012.66		34 244.82	650 179.10
				COEFFICIENTE UNITARIO	18.99

ALLEGATO

Incontro su

"Etica e deontologia nei momenti finali dell'esistenza"

Aula di Assise del Palazzo di Giustizia di Trieste
23 aprile 2010

PROGRAMMA

PARTE I TECNICA – CORSO DI AGGIORNAMENTO

Saluto dell'Assessore alla Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia

Moderatori :

Dr. Federico Frezza

Sostituto Procuratore della Repubblica di Trieste

Dr. Claudio Pandullo

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trieste

Libertà del paziente e sacralità della vita: valori difficili da conciliare?

Dr. Paolo Goliani,

Responsabile Struttura Complessa Accertamenti Clinici di Medicina Legale ASS 1 Triestina

Il Codice Deontologico

Dr. Claudio Pandullo

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trieste

Tutela della vita e della volontà del paziente

Dr. Beniamino Deidda

Procuratore generale di Firenze

Coffee break

Gli stati vegetativi

Dr. Fabrizio Monti

SC Clinica Neurologica Responsabile Struttura Semplice Neurofisiologia Sistema Nervoso

Etica e deontologia delle cure palliative

Prof. Giorgio Mustacchi

Direttore SC Centro Oncologico Trieste

Realtà biologica e concetto giuridico della morte

Dott. Fulvio Costantinides

Ricercatore Istituto Medicina Legale Università di Trieste

Rifiuto di trattamenti sanitari essenziali per la vita: la prospettiva penalistica italiana e europea.

Prof. Paolo Giangaspero

Professore universitario di diritto costituzionale e Preside della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trieste

Dott.ssa Maria Cristina Barbieri

Ricercatrice della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trieste

PARTE II – TAVOLA ROTONDA (aperta al pubblico)

Moderatori:

Dr. Federico Frezza

Sostituto Procuratore della Repubblica di Trieste

Prof. Euro Ponte

Docente di Storia della Medicina dell'Università di Trieste, Consigliere OMCeO Trieste

Rappresentanti delle Confessioni religiose.

La situazione in Slovenia

Dott.ssa Gordana Kalan Zivcec

Presidente Medical Chamber of Slovenia

Di seguito sono raccolti i testi pervenuti a cura degli oratori

INTRODUZIONE

I casi Welby ed Englaro, e prima ancora il caso Di Bella, hanno accresciuto negli ultimi anni l'interesse per le tematiche di fine vita.

Troppo spesso le vicende personali suscitano una risonanza mediatica che certamente non contribuisce ad affrontare temi tanto delicati con la dovuta serenità.

All'interno della Professione medica e della Magistratura si è fatta strada l'esigenza di confrontarsi sui comportamenti e sulle pratiche da porre in essere nel particolare momento professionale dell'assistenza al malato terminale, nel rispetto della legge e del Codice di Deontologia Medica.

Questa esigenza, recepita dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dalla Magistratura triestina, ha reso possibile l'organizzazione di un seminario che annovera la presenza delle professionalità mediche maggiormente coinvolte dalla delicata tematica a confronto con i maggiori interpreti del diritto.

In particolare, l'incontro si è proposto un approfondimento congiunto dei dettami del Codice di Deontologia Medica e della Giurisprudenza in materia, con particolare riferimento agli stati vegetativi e alle cure palliative

prof. Euro Ponte

Docente di Storia della Medicina dell'Università di Trieste

Consigliere dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Mio compito è stato, come membro del Consiglio dell'Ordine, di co-moderare la Tavola rotonda tra laici e religiosi nella sessione pomeridiana, sessione che ha visto l'intervento da parte di illustri personaggi del mondo religioso di Trieste, e le singole esposizioni inerenti i rispettivi modi di porsi verso i momenti terminali della vita, condizionanti il comportamento del credente verso la malattia, la morte e Dio.

Sono intervenuti i rappresentanti delle religioni monoteistiche del mondo religioso triestino e si sono succeduti via, via nelle relazioni. Rasko Radovic, della comunità serbo-ortodossa, ha parlato, anche a nome della comunità greco-ortodossa, evidenziando i punti in comune dell'ortodossia; l'uomo deve delegare a Dio le sue sofferenze e sublimare, preparandosi quando possibile, all'uscita dal mondo; la vita è un dono che ciascuno deve restituire, non nel timore dell'annichilimento ma, al contrario, nella speranza della vita eterna. L'esponente dell'Islam, Sergio Ujcich, ha descritto la morte, per il credente come punto non definitivo del cammino, essendo la vita inserita come fase di passaggio di un ciclo che inizia prima della nascita.



La coscienza è fondamentale e il credente, finché può, troverà nella lettura ad alta voce del Corano un aiuto e una consolazione. Dio è giusto e misericordioso ed a lui ci si deve affidare. Il rabbino Ariel Haddad, nel riconoscere l'ineluttabilità della morte a cui ciascuno di noi deve inchinarsi, riconosce anche che la vita va preservata il più possibile, ma non si può vivere allora è meglio abbandonare un tentativo inane. Il rappresentante della chiesa luterana, Dieter Kampen ha inviato, unico tra i relatori, il testo del suo intervento, allegato a questa raccolta e a cui rimando. Tratta del tema dell'eutanasia secondo la visione della Chiesa Evangelica Luterana. Postula una "alleanza contro la paura", rifugge da una eutanasia "a fini sociali", auspica un potenziamento delle cure palliative, un tener conto rigidamente dei diritti del malato ed infine invita all'affidarsi alla grazia di Dio. La chiesa cattolica, pur invitata, non ha ritenuto di inviare, come era stato precedentemente concordato, un rappresentante, identificato, secondo gli accordi, in don Ettore Malnati.

Alla fine delle relazioni non è seguito un vero e proprio dibattito e ciò anche perché le posizioni rispetto alle problematiche del fine vita, non sono sempre facilmente confrontabili e, in particolare, negoziabili. Il co-moderatore,

il sostituto procuratore della Repubblica Federico Frezza ha scelto, piuttosto del contraddittorio, di esporre un pensiero laico, a suo dire, non conciliabile con quanto esposto precedentemente.

Nell'ambito di questo convegno Beniamino Deidda ha detto "La verità è che quando si comincia a parlare di sacralità ci si pone al di fuori dall'area del diritto e si entra in quello delle convinzioni etiche e religiose, per definizione tutte rispettabili ma non riducibili a materia sottoposta all'intervento del Giudice." È con questa chiosa che ci inchiniamo davanti al mistero della morte, momento di sacralità o semplice atto biologico?

dott. Paolo Goliani

*Direttore SCAC Medicina Legale
Azienda Servizi Sanitari n. 1 "Triestina"*

Libertà del paziente e sacralità della vita: valori difficili da conciliare?

Introduzione

Nel nostro tempo le riflessioni morali sulle tematiche della salute come fondamentale diritto dell'uomo, non possono più essere affrontate con approcci settoriali da medici, giuristi e filosofi separatamente, perché per la loro complessità richiedono una trattazione multidisciplinare che porti ad un'effettiva dimensione sociale del sapere, tale da offrire a tutti i cittadini gli strumenti culturali per poter partecipare consapevolmente ai momenti decisionali individuali e collettivi.

Proprio per la sua dimensione sociale, il dibattito su argomenti di bioetica, è ancor oggi pesantemente influenzato da fattori ideologici, ovvero dalla visione del mondo che ciascun gruppo sociale aggregato intorno a comuni interessi economici e politici o fedi religiose, sviluppa per interpretare la realtà.

Poiché i sistemi di credenze e di valori che caratterizzano le ideologie sono anche utilizzati da coloro che detengono la leadership per influire sul comportamento del gruppo, per orientarlo in una direzione piuttosto che in un'altra, e per legittimare il potere¹ l'approccio ideologico ai problemi facilita le contrapposizioni piuttosto che l'individuazione di soluzioni condivise. È questo il motivo per il quale attualmente al dogmatismo dell'ideologia viene generalmente preferito l'approccio pragmatico.

Aspetti antropologici e culturali

Nello specifico campo dell'etica che riguarda i temi dell'inizio e della fine della vita è però in pratica impossibile prescindere dagli aspetti antropologici e culturali di natura ideologica, perché tali temi vanno a turbare la più intima sensibilità di ciascuno. Di conseguenza il conflitto prevale spesso sul dialogo.

Si confrontano infatti due concezioni della morale difficilmente conciliabili: una monistica, di carattere prevalentemente metafisico religioso che riconosce un insieme di valori positivi di natura oggettiva e trascendente riconducibili al valore primario di "bene", attribuzione fondamentale della divinità secondo la concezione platonica

ancor prima che tomistica, e l'altra pluralistica la quale, invece, secondo i principi illuministici, pone come valore fondante la "tolleranza" ovvero l'ammissibilità di tutte le opinioni in materia morale, politica e sociale e quindi rimette alla coscienza del singolo individuo la responsabilità della sua condotta personale.

L'attribuzione di una supremazia morale a valori universali, come il concetto oggettivo di "bene" valido per tutti, porta inevitabilmente a privilegiare il principio di beneficenza, mentre il riconoscimento della priorità al valore della libertà personale, e quindi a ciò che la coscienza individuale considera come bene, porta al primato del principio di autodeterminazione del paziente. I valori universali e assoluti appartengono a tradizioni culturali religiose, segnatamente a quella cattolica nel nostro Paese, e sono stati il principale riferimento, anche in campo bioetico, finché la cultura cattolica era dominante. Ora che il laicismo, basato sui valori dell'individuo, e perciò relativi, si è ampiamente affermato nella nostra società, come in precedenza rilevato, la situazione è profondamente cambiata. Però un totale abbandono di principi di beneficenza oggettivi e condivisi non si è avuto, perché i limiti alla libertà di scelta individuale ancora ci sono sia nell'ordinamento giuridico che nella coscienza sociale. Il "relativismo etico" paventato dalla Chiesa, almeno nell'ambito delle più delicate tematiche della vita e della morte, non si è per il momento realizzato.

Una sintesi tra i due diversi modi di concepire la morale sopra rappresentati è stata operata dall'etica kantiana, la quale prevede che le opzioni personali, e come tali individuali, debbano sempre corrispondere ai principi di leggi universali. Per quanto qui interessa, l'assunto di Kant si potrebbe così tradurre: l'autonomia del paziente, espressione della sua libertà, è principio di importanza primaria in bioetica, ancor prima che nel diritto, ma pur essendo necessario non è di per sé sufficiente, perché l'ambito delle scelte eticamente lecite è circoscritto dai limiti imposti da principi riconducibili al concetto di beneficenza, quali il rispetto della vita e la salvaguardia dell'integrità fisica del paziente stesso. La tutela dell'integrità psicofisica della persona come diritto fondamentale dell'uomo comporta l'illiceità di atti autolesivi in particolare se diretti all'autosoppressione. Tale concezione viene efficacemente riassunta dall'affermazione di Keyserlingk² "Il principio del carattere sacro della vita così inteso fornisce un criterio di applicazione decisivo e definitivo che non ammette restrizioni né eccezioni."

Prendendo però in considerazione il concetto di qualità della vita, ovviamente solo in relazione al benessere del paziente stesso e non ad interessi esterni che potrebbero essere conflittuali con esso, qualora ci si trovi dinanzi ad una malattia con prognosi infausta a breve scadenza e con intollerabili sofferenze non suscettibili di ragionevole miglioramento oppure ad un gravissimo e irreversibile decadimento dello stato psicofisico con riduzione dell'esistenza alle sole funzioni vitali vegetative, anche secondo un'ottica improntata al principio di beneficenza, è perlomeno discutibile anteporre alla dignità della persona umana un astratto concetto di intangibilità della vita, una vita che è ridotta in concreto ad agonia o a manifestazione di meri automatismi biologici. Come afferma il prof. Rugarli³ che distingue tra vita biologica e vita umana, at-

tribuendo alla prima un valore meramente strumentale, quale presupposto necessario della seconda che ha una natura radicalmente superiore perché comprende in sé la capacità cognitive ed affettive, il linguaggio e l'immaginazione, ovvero tutte le qualità che rendono l'uomo un essere razionante, per accanimento terapeutico si dovrebbe intendere l'insieme dei trattamenti che sono in grado di prolungare la vita biologica di un uomo senza prolungare la sua vita umana.

In proposito si è espresso con molta chiarezza Paolo VI nel messaggio al Congresso dei medici cattolici del 1970: "Il carattere sacro della vita è ciò che impedisce al medico di uccidere e che lo obbliga nello stesso tempo a dedicarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Questo non significa tuttavia obbligarlo a utilizzare tutte le tecniche di sopravvivenza che gli offre una scienza instancabilmente creatrice. In molti casi non sarebbe forse un'inutile tortura imporre la rianimazione vegetativa nella fase terminale di una malattia incurabile? In quel caso, il dovere del medico è piuttosto di impegnarsi ad alleviare la sofferenza, invece di voler prolungare il più a lungo possibile, con qualsiasi mezzo e in qualsiasi condizione, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso il suo epilogo".

Se, richiamando ancora l'etica kantiana, l'uomo è da considerare sempre un fine e mai soltanto un mezzo, l'obbligo di curare anche i malati privi di ragionevoli speranze di guarigione con attenzione umana e con diligenza professionale, non significa che su loro specifica richiesta, quando la situazione clinica sia divenuta ormai insostenibile, non si possa sospendere una terapia che si avvale di mezzi sproporzionati ovvero, eccessivamente gravosi da sopportare per il paziente rispetto ai risultati ipotizzabili allo stato dell'arte.

D'altra parte il rifiuto di una terapia di eccezionale complessità, nel caso di una malattia con prognosi *quoad vitam* poco favorevole, non necessariamente significa una rinuncia alla vita, perché può anche rappresentare la scelta consapevole di vivere in altro modo (con maggiore dignità, senza ulteriori sofferenze, ecc.) il tempo che la natura ha lasciato a disposizione dell'ammalato.

In simili casi si può appunto parlare di rifiuto **dell'accanimento terapeutico**, opzione moralmente lecita anche per la Chiesa Cattolica. Già Pio XII aveva infatti stabilito che: "un obbligo più severo di quello di utilizzare i mezzi ordinari per conservare la vita, sarebbe troppo pesante per la maggior parte degli uomini e renderebbe particolarmente difficile il conseguimento di beni superiori più importanti"⁴ e anche in anni più recenti Giovanni Paolo II ha confermato questa impostazione: "si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve confrontarsi con le situazioni concrete, occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte"⁵

Peraltro anche il criterio dell'autonomia del paziente originariamente non prescindeva da una stretta tutela della vita e dell'integrità fisica del paziente stesso. Nato nel 1946 con il Codice di Norimberga, sull'onda di sdegno per

le nefandezze commesse dai medici nazisti, e recepito dal II comma dell'art 32 della nostra Costituzione, il principio della libertà di cura non aveva certamente un carattere assoluto e conflittuale con il principio della tutela del benessere del malato, che infatti impronta il I comma del medesimo art. 32 della Costituzione. Solamente dopo il '68, con l'affermarsi di una cultura antiautoritaria che rifiutava ogni imposizione sull'individuo da parte delle Autorità costituite (Stato, Chiesa) il principio di autonomia, anche nell'ambito dell'etica medica, si è affermato come esigenza preminente dei cittadini. L'associazione laicista Libera Uscita ha espresso questa posizione politica in modo molto efficace: "Gli uomini e le donne nascono li-

conseguenze penali." C'è però chi obietta che sia quantomeno dubbio che il desiderio stesso del paziente che si trova in condizioni disperate si possa considerare espressione di libera volontà.

La centralità e il primato "della persona umana considerata come soggetto di diritti in certo senso anteriori a qualsiasi riconoscimento da parte dello stato, e quindi non condizionati a finalità collettive di qualsiasi genere, anche se limitati e limitabili - ma non in qualsiasi direzione e misura - in vista di esigenze di altri individui o della comunità, e quindi in vista dell'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà" per quanto attiene la libertà dell'individuo di disporre della propria salute e della pro-



beri, la loro vita appartiene unicamente a loro, e non alla società o ad altre entità esterne. Essi hanno quindi il diritto di scegliere in piene libertà di coscienza e senza coartazioni se vogliono vivere o morire. Può darsi benissimo che l'esistenza, come molti credono, sia un dono divino. Quando però un dono diventa intollerabile, a chi lo riceve deve essere lasciato il diritto di rifiutarlo. Se questo diritto non viene riconosciuto non si deve più parlare di dono, ma di imposizione. Egualmente, a nessun essere umano può essere imposto di vivere una vita puramente vegetativa, o di prolungare l'esistenza in una situazione in cui la sua volontà e la sua sensibilità sono completamente eliminate. Purché la decisione di por fine alla propria vita sia espressa in forma inequivocabile, e le circostanze di fatto siano conformi a quelle ipotizzate nella decisione stessa, chiunque può cooperare con l'interessato per rendere effettiva la sua volontà, senza andare incontro a

propria vita, è concetto che si va affermando tra i costituzionalisti⁶.

Un limite concettuale grave di questa prospettiva etico-giuridica laica è che la persona per essere tale deve poter esprimere la propria autonomia fornendo un consenso moralmente autoritativo ovvero deve essere responsabile delle proprie azioni (paziente capace di discutere i suoi problemi con i medici e di concordare il trattamento)⁷.

I soggetti incapaci quindi non potendo essere considerati persone in questo senso, sarebbero anche privi del presupposto per effettuare opzioni alternative. Ecco l'utilità del **testamento biologico** che documenta a futura memoria la volontà delle persone quando queste sono in pieno possesso delle loro facoltà mentali, per fornire una base di consenso per scelte da effettuare nell'eventualità che il soggetto non dovesse essere più capace di agire.

Secondo il pensiero cattolico invece l'autonomia della

persona non deve essere la rappresentazione di un'individualità umana isolata, onnipotente, che continuamente chiede di essere riconosciuta nei suoi diritti e che tende all'assolutezza ontologica; deve invece porsi in equilibrio tra il bisogno di libertà dei singoli e l'imprescindibilità dei legami sociali⁸. Al contrario di un individualismo laico per il quale il bene del singolo è nettamente separato dal bene comune, per il personalismo cristiano, corrente filosofica che ha spesso ispirato anche il pensiero di Giovanni Paolo II, l'essenza stessa dell'uomo corrisponde alla capacità se non "alla necessità della partecipazione e della solidarietà nell'azione con gli altri, nella dimensione della libertà, per la realizzazione del bene comune"⁹

Anche a voler seguire la tripartizione del percorso logico di traduzione dei valori in norme proposta da Guy Durand¹⁰, che comprende il livello dei valori (criteri generali di interpretazione della realtà), quello dei principi (orientamenti di massima sui quali si basano le posizioni di fondo sulle varie questioni) e quello delle regole (dettami pratici dedotti dai principi che fissano i limiti decisionali ai fini operativi), non necessariamente scendendo di livello le differenze tra la concezione vitalistica e quella libertaria tendono a diminuire.

Applicato allo specifico problema delle decisioni relative al fine vita, questo schema potrebbe essere infatti formulato come segue.

Livello dei Valori: carattere sacro, o comunque intangibile, della vita (dono di Dio e che a Dio appartiene) *versus* tolleranza di tutte le scelte dettate dalla personalità dell'individuo (al quale appartiene la propria vita)

Livello dei Principi: rispetto incondizionato per la vita *versus* autonomia decisionale del paziente

Livello delle Regole: proibizione di uccidere *versus* consenso dell'interessato.

Quindi ad ogni livello permangono le antitesi.

Il rispetto incondizionato per la vita oltre che al carattere donativo della vita stessa, concetto proprio di una concezione religiosa che riconosce solamente a Dio la sovranità assoluta sulla vita e sulla morte, come principio, può ispirarsi anche ad un'impostazione solidaristica dei rapporti sociali, nella quale l'individuo, in quanto appartenente ad una comunità, non può autonomamente scindere i legami con essa, neanche ponendo fine alla propria esistenza. Tale è il principio informatore delle norme che disciplinano la materia del suicidio e dell'omicidio del consenziente nel Codice Rocco, corpo giuridico che riconosce nello stato etico la sua matrice ideologica. Da simili concezioni derivano regole impositive attraverso le quali si vuole obbligare gli individui ad uniformare i loro comportamenti al bene comune.

Il primato dell'autonomia è proprio invece di una società individualista e relativista, basata sugli stessi principi utilitaristici dell'economia di mercato, nella quale si ritiene che ciascun individuo conosca meglio di chiunque altro quali siano i suoi reali interessi e che possa perseguirli, qualora non ledano interessi di altri, senza interferenze esterne. Ne deriva un sistema normativo basato sulle libertà individuali.

In questo dibattito rimane sullo sfondo la preoccupazione, comune a cattolici e laici, che una volta rimosso il divieto assoluto di por fine deliberatamente all'esistenza

dei malati inguaribili, si possa passare da un'eutanasia pietosa motivata da un'autonoma decisione del paziente di evitare ulteriori sofferenze ad un'eutanasia legale motivata da decisioni eteronome dettate da criteri di pubblica utilità.

Aspetti giuridici e medico legali

Le norme che recepiscono i valori e i principi sopra citati, di beneficiabilità, al quale è inscindibilmente connesso il concetto di sacralità della vita, e di libertà del paziente costituiscono il profilo giuridico, nel quale rientra anche il più specifico aspetto medico legale.

Sotto il profilo giuridico, il principio di beneficiabilità, che consiste essenzialmente nell'agire a fin di bene, era considerato prevalente fino a qualche anno fa. Ora le cose sono cambiate ed è il principio di autodeterminazione del paziente, in base al quale viene espresso dal paziente medesimo un consenso informato, a legittimare gli atti medici. Questa impostazione trova fondamento giuridico nel II comma dell'art. 32 della Costituzione che prevede la volontarietà dei trattamenti sanitari, tranne che in casi eccezionali specificatamente prescritti dalla legge, e nell'art. 50 del Codice Penale che individua come esimente di reato, per atti altrimenti lesivi dei diritti della persona, come quelli relativi a cure invasive, il consenso dell'interessato (anche se il *consenso informato* è partecipazione consapevole piuttosto che semplice passivo assenso).

Peraltro il diritto all'autodeterminazione del paziente non è incondizionato, perché l'art. 5 del Codice Civile lo sottopone al preciso vincolo (derogabile solo in casi eccezionali) di non determinare diminuzioni dell'integrità psicofisica del soggetto (per quanto attiene la salute). Ulteriori limiti sono posti dal Codice Penale per impedire la pratica dell'eutanasia: art. 579 (omicidio del consenziente) e art. 580 (istigazione o aiuto al suicidio). In riferimento a queste due tipologie di delitti, per quanto concerne il campo medico, vengono sanzionati per lo più i comportamenti commissivi (il medico che pone fine con un suo atto deliberato alle sofferenze del paziente), mentre per i comportamenti omissivi (il medico che si astiene dal praticare cure che pur necessarie non sono accettate dal paziente) in genere il reato non viene contestato. La stessa classe medica, secondo gli esiti di un recente sondaggio (con il questionario Ethicatt) condivide questo orientamento etico, ammettendo solo forme di eutanasia passiva, anche a fronte di precise richieste del paziente, motivate dalla gravità della malattia.

Nelle situazioni concrete però i confini tra le fattispecie di "accanimento terapeutico", di "lasciarsi morire" e di "assistenza al suicidio" sono spesso labili e anche quando in linea di principio si possono individuare soluzioni condivise, la traduzione di tali definizioni teoriche in prescrizioni per la condotta pratica del medico, incontra non poche difficoltà per l'eccessiva genericità o, al contrario, per la troppa specificità del dettato normativo.

Notevoli divergenze interpretative particolarmente difficili da comporre permangono sulla delicata questione dei trattamenti di sostegno vitale, ovvero alimentazione e idratazione artificiali, che, mentre per alcuni non possono essere attuati senza il consenso dell'interessato, a mente del II comma dell'art 32 della Costituzione, secondo altri

invece, non essendo da considerare cure mediche, non possono essere rifiutati secondo tale norma di garanzia. Non rientrerebbero inoltre nella fattispecie dell'accanimento terapeutico perché interventi non particolarmente complessi e non particolarmente invasivi, che quindi non si configurano come mezzi sproporzionati. L'obiezione da parte laicista è che tali trattamenti, anche se non fossero da ritenere atti sanitari, violerebbero, qualora praticati coattivamente, l'art 13 della Costituzione che tutela la libertà personale. Viene rilevato anche che solamente in alcune situazioni cliniche, come gli stati vegetativi permanenti, i trattamenti di sostegno vitale trovano indicazione certa, perché utili alla sopravvivenza del paziente, mentre in altri, come le forme avanzate di malattia di Alzheimer, potrebbero risultare anche nocivi, sotto un profilo strettamente biologico.

In una materia così complessa anche sotto l'aspetto medico, oltre che sotto quello morale, le parole del Cardinale Martini delineano una linea di condotta che appare molto equilibrata, e non solo per i credenti, quando sostiene che "per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare ad una regola generale quasi matematica, dalla quale dedurre il comportamento adeguato, ma occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le condizioni dei soggetti coinvolti. In particolare non può essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete - anche dal punto di vista giuridico, salvo eccezioni ben definite - di valutare se le cure che gli vengono proposte, in tali casi di eccezionale gravità, sono effettivamente sproporzionate"¹¹.

Il principio di beneficiabilità invece sopravvive come criterio guida in tutte le situazioni in cui non è possibile per il paziente esprimere una propria volontà giuridicamente valida (ad es. per uno stato di coma), a mente dell'art. 54 del Codice Penale (stato di necessità). L'introduzione, con il testamento biologico, di direttive anticipate del paziente, porterà naturalmente ad un ulteriore restringimento dell'ambito di validità autonoma di tale principio. Nello specifico però l'alternativa dell'autodeterminazione del paziente non può essere comunque ritenuta pienamente soddisfacente perché la direttiva anticipata, atto formale di manifestazione della volontà del malato, è una sorta di "consenso" inevitabilmente carente in alcuni dei suoi requisiti essenziali, quali attualità, informazione adeguata sulla questione concreta, ponderazione con consulenza medica di possibili alternative.

Peraltro in questioni così strettamente personali non è più ipotizzabile che si possano prendere decisioni senza tenere in alcun conto gli orientamenti, ancorché per alcuni versi generici, della persona interessata. Più discutibile, proprio nell'ottica del consenso alle cure come forma di autodeterminazione individuale, il coinvolgimento nel processo decisionale dei "familiari", a meno che non ci sia una specifica e precisa delega da parte del malato.

Secondo alcuni, accanto alla volontà del paziente (criterio soggettivo), per legittimare un atto di eutanasia, sarebbe necessaria anche un'autorizzazione da parte di un organo tecnico, composto da medici e/o magistrati, che verifichi la prognosi certamente infausta e lo stato di grave sofferenza (criterio oggettivo).

Se poi si esce dagli angusti limiti di una visione stretta-

mente legalistica e ci si pone nella prospettiva più ampia della dimensione empatica di quel complesso fenomeno bio-psico-sociale che è il rapporto di cura medico-paziente, il consenso informato non è un semplice adempimento formale di un negozio giuridico, ma un aspetto relazionale e comunicativo fondamentale per la realizzazione dell'alleanza terapeutica.

Quindi il più corretto modo di porsi del medico rispetto alle problematiche del fine vita è di attuare un accompagnamento al morente mantenendo un equilibrio tra la vicinanza al malato e alle esigenze che il medesimo esprime e la distanza sufficiente a consentire una valutazione oggettiva di ciò che meglio fare, ovvero tra coinvolgimento e distacco¹².

Anche la Chiesa Cattolica, pur nel rigore dei suoi precetti che bandiscono ogni forma di "morte pietosa" manifesta grande attenzione per l'aspetto umano dell'assistenza al morente affermando: "Potrebbe anche verificarsi che il dolore prolungato e insopportabile, ragioni di ordine affettivo o diversi altri motivi inducano qualcuno a ritenere di poter legittimamente chiedere la morte o procurarla ad altri. Benché in casi del genere la responsabilità personale possa essere diminuita o perfino non sussistere, tuttavia l'errore di giudizio della coscienza - fosse pure in buona fede - non modifica la natura dell'atto omicida, che in sé rimane sempre inammissibile. Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte (...) sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri." (Catechismo nn. 2276-2279)

Del resto, pur in un contesto di grande sviluppo dell'aspetto tecnologico della Medicina, tuttora i medici italiani nel Codice Deontologico, che all'art. 23 prescrive "... Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica", riaffermano la propria fedeltà all'enunciato ottocentesco "guarir qualche volta, alleviare spesso, consolare sempre".

Conclusioni

Per quanto non sia semplice a farsi, è opportuno che i principi di beneficiabilità e di libertà anche nello specifico ambito della tutela della vita umana, siano resi in qualche modo complementari piuttosto che conflittuali, anche, e soprattutto, in un'ottica empatica relazionale piuttosto che meramente giuridica, per pervenire a soluzioni condivise il più largamente possibile. Ecco quindi l'importanza del profilo politico della questione, la ricerca nella società italiana di un equilibrio di rapporti tra il mondo laico, che reclama il diritto alla piena libertà di coscienza, e il mondo cattolico che si riconosce nel Magistero della Chiesa per il quale la sacralità della vita rimane esigenza primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Cosmacini C.: Testamento Biologico. Idee ed esperienze per una morte giusta. Bologna 2010
2. Russo G.: Il testamento Biologico. Torino 2009
3. Turoldo F.: L'etica di fine vita. Roma 2010

4. Pugliese V.: Nuovi diritti : le scelte di fine vita tra Diritto Costituzionale, Etica e deontologia Medica Padova 2009
5. Pizzetti F.G.: Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona. Milano 2008
6. Leone S., Privitera S.: Dizionario di Bioetica Bologna 1994
7. Tettamanzi D.: Nuova Bioetica Cristiana. Casale Monferrato 2000
8. Engelhardt H.T. Manuale di Bioetica Ed. italiana Milano 1999
9. Durand G. "La Bioetica" Ed. italiana Milano 1996
10. Monti D.: "Cosa vuol dire morire" Torino 2010
11. Scarpelli U.: Bioetica Laica Milano 1998
12. Paolozzi E.: La Bioetica per decidere della nostra vita. Milano 2009

Note bibliografiche:

1. Abbagnano N. *Saggi sulla scienza politica in Italia* Bari 1969
2. Keyserlingk E.W.: "Le caractère sacré de la vie ou de la qualité de vie" Ottawa 1979
3. Rugarli C.: *Vita Biologica e vita umana. In corso di pubblicazione sulla rivista KOS*
4. Pio XII "Discorso su diverse questioni prospettate dalle nuove tecniche di rianimazione" 1957
5. Giovanni Paolo II *Evangelium Vitae* 1995
6. Onida V. "Costituzione Italiana" Torino 1989
7. Engelhardt H.T. *Manuale di Bioetica Ed. italiana Milano 1999*
8. Vigna C. "Il dibattito filosofico sull'autonomia del paziente" in Turoldo F. "Le dichiarazioni anticipate di trattamento. Un testamento per la vita". Padova 2006
9. Reale G. "L'uomo non si accorge più di morire." In Monti D. : "Cosa vuol dire morire" Torino 2010
10. Durand G. "La Bioetica" Ed. italiana Milano 1996
11. Martini C.M. "Io, Welby e la morte" *Il Sole* 24 ore 21.1.2007
12. N. Elias "Engagement und Distanzierung" Francoforte 1983

dott. Claudio Pandullo

Presidente dell'Ordine dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Il Codice deontologico

Il Codice Deontologico rappresenta un punto di riferimento nell'operare medico soprattutto in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici etnie, religioni e culture.

Questi principi etici assumono un particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinnanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande a sé e quanti lo assistono condividendo la malattia.

Ai medici spetta, pertanto, il difficile compito di trovare all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire a garanzia della dignità e libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo della sofferenza in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Il Codice Deontologico in fondo traccia questo percorso che ha come fine ultimo la trasformazione della relazione medico/paziente in una alleanza terapeutica.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, costituisce l'elemento cardine di questa alleanza terapeutica al pari dell'autonomia

e della responsabilità del medico che ne fa da garante.

Il codice deontologico è un corpo di regole, liberamente e democraticamente scelte dai medici, alle quali gli stessi devono uniformare il comportamento professionale da cui appunto il termine che tradotto significa scienza di quello che si deve fare.

Il codice deontologico non rappresenta una forma primaria di diritto, ma ha un carattere extragiuridico, impegnando i membri del gruppo professionale al suo rispetto mediante un giuramento contestuale all'iscrizione all'ordine.

I principi guida dell'esercizio della professione medica si devono basare su tre principi essenziali:

- Il principio di giustizia
- Il principio di beneficiabilità e non maleficità
- Il principio dell'autodeterminazione del paziente

Il principio di giustizia vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose come viene appunto regolamentato dall'articolo 3 del Codice che sancisce che il dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali si opera.

Ed inoltre la salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Il successivo articolo 4 sancisce l'autonomia e libertà della professione e ci rammenta che l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico; e proseguendo il medico non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Viene chiamato infine in causa l'Ordine professionale che deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

Ma l'impegno della professione deve essere rivolto anche ad un accurato utilizzo delle risorse il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Quindi deve prescrivere:

1. le cose giuste
2. nel modo giusto
3. a tutti quelli che hanno diritto e bisogno

Ad ulteriore rafforzamento del ruolo del medico quale tutore della salute il codice ricorda che deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute.

Il principio di beneficiabilità e non maleficità sancisce l'obbligo inderogabile per il medico di garantire la

salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e dei suoi vissuti personali.

In particolare la prescrizione di un accertamento diagnostico o terapeutico impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

È quindi riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero ma puntualmente si riconosce la libertà del paziente di rifiutarla e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Al medico vengono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione.

Ed inoltre in nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo ad efficaci cure disponibili; si ribadisce quindi la centralità sì del paziente ma anche del medico quale tutore della salute delle persone che si affidano a lui.

Il principio dell'autodeterminazione del paziente riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere il trattamento diagnostico-terapeutici.

Vengono proibite tutte le forme di accanimento diagnostico e terapeutico. In particolare il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita".

Un intero capo del codice deontologico composta da 6 articoli norma il consenso informato ed in genere l'informazione del paziente per condividere i percorsi diagnostico terapeutici per arrivare alla tanto auspicata alleanza terapeutica.

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico deve comunicare con il paziente tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche

Ogni richiesta di informazioni da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Particolare attenzione viene riservata alle modalità della comunicazione stessa. Infatti le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con *prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.*

Tuttavia la documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata. Il medico comunque non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito ed

informato del paziente.

Viene invitato poi il medico ad adottare la massima prudenza ricordando che il procedimento diagnostico e l'eventuale trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

Il codice affronta in maniera approfondita la problematica relativa alle volontà di fine vita ribadendo che il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia ed indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa e se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato ma va ricordato che le volontà devono essere documentate in maniera certa.

Particolare attenzione viene posta per i pazienti con prognosi infausta in caso di malattie pervenute alla fase terminale dove il medico deve improntare la sua opera ad atti o comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

Pertanto in caso di compromissione dello stato di coscienza si deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico

Infine l'articolo 17 sancisce in maniera inequivocabile e lapidaria con pochissime parole che: "Il medico, anche su richiesta, del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte" senza ulteriori commenti.

La Federazione Nazionale degli Ordini nei lavori del Consiglio di Terni del 13 giugno 2009 interamente dedicato alle direttive anticipate di trattamento ha ribadito le norme del codice deontologico ricordando che Il principio dell'obbligo di garanzia (beneficilità- non maleficità) viene infranto se il medico opera per porre fine alla vita, anche se ciò viene richiesto dal paziente: viene quindi vietata ogni forma di eutanasia.

D'altronde se insiste in trattamenti futili o sproporzionati dai quali non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità della vita si attua l'accanimento terapeutico che è ugualmente condannato.

Inoltre il principio dell'obbligo di garanzia (beneficilità- non maleficità) viene infranto anche se il medico trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità della vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile in quanto questo rappresenta l'abbandono terapeutico ugualmente condannato dal Codice.

Proprio sulle direttive anticipate di trattamento, si è assistito ad un ampio dibattito, indotto dal caso Englaro, che ha trovato nei mezzi di comunicazione una ampia e dissonante cassa di risonanza, trasformando la tragedia di una persona e della sua famiglia in un triste teatrino con molte comparse che si sono sentite autorizzate ad espri-

mere le proprie opinioni, molto spesso dettate dall'emo-
tività o peggio ancora da interessi di parte, spesso ispirati
dalla politica.

Si sono paradossalmente creati due schieramenti, per
una volta tanto politicamente trasversali a favore e con-
tro la sospensione dei presidi vitali somministrati alla po-
vera Eluana. Questo ha creato una notevole confusione
nella popolazione ed anche, ricordiamolo, nella classe
medica che in tale occasione è stata chiamata ad espri-
mere un parere.

Ritengo che sia difficile esprimere pareri in merito in
quanto non esistono comportamenti certi e spesso il li-
mite fra l'accanimento terapeutico e l'abbandono tera-
peutico è molto labile e spesso la decisione viene lasciata
al medico che deve operare una scelta tenendo conto
anche delle pressioni emotive esterne.

Se andiamo a rivedere alcune vecchie pubblicazioni ci
accorgiamo però che esponenti della Chiesa Cattolica
hanno già espresso il loro autorevole parere in merito ai
momenti finali della vita delle persone.

Penso sia opportuno ricordare quanto scritto dal Se-
gretario di Stato Vaticano, Cardinale Jean Villot nella sua
"Lettre pontificale au Congrès de la FIAMC" pubblicata
sull'Osservatore Romano del 12 ottobre 1970, molti de-
cenni prima dei casi Welby ed Englaro, che riporto di se-
guito:

*Tenendo presente il valore di ogni persona umana, vor-
remmo ricordare che spetta al medico essere sempre al
servizio della vita ed assisterla fino alla fine, senza mai
accettare l'eutanasia, né rinunciare a quel dovere squisi-
tamente umano di aiutarla a compiere con dignità il suo
corso terreno.*

*In tanti casi non sarebbe una tortura inutile imporre la
rianimazione vegetativa nell'ultima fase di una malattia
incurabile? Il dovere del medico consiste piuttosto nel-
l'adoperarsi a calmare la sofferenza, invece di prolungare
più a lungo possibile con qualunque mezzo e a qualunque
condizione una vita che va naturalmente verso la sua con-
clusione.*

Quindi come si può evincere da queste parole viene ri-
adito l'invito ai medici ad operarsi a lenire i dolori, non
solo fisici, piuttosto che attuare un prolungamento ad
ogni costo dell'esistenza.

In conclusione anche nei momenti finali dell'esistenza
l'operare del medico dovrebbe essere teso ad ottenere
quella tanto auspicata alleanza con il malato che deve
ispirare sempre e comunque il nostro agire professionale.

prof. Beniamino Deidda

*Procuratore Capo della Repubblica presso il
Tribunale di Trieste*

Tutela della vita e della volontà del paziente

È facile sentir dire che la materia delle scelte nei mo-
menti finali dell'esistenza e, più in generale, delle scelte
in materia di diritto alla vita e di diritto alla buona morte
abbiano bisogno di un intervento normativo specifico di
cui si avverte oggi l'assenza perché le previsioni norma-

tive esistenti non consentono di tracciare precise linee di
confine tra ciò che è lecito e ciò che è illecito.

Ma è veramente così? Ci sono davvero nel nostro ordi-
namento elementi tali da lasciare eccessiva discreziona-
lità all'interprete, costretto a "inventare" punti fermi che
in realtà mancano, con il conseguente pericolo di deci-
sioni legate solo alla sensibilità o alla coscienza individuale
o, peggio, alle concezioni etiche religiose o professionali
dei vari soggetti che intervengono nelle scelte finali della
vita?

Io credo che la generale richiesta di una regolamenta-
zione specifica abbia trovato qualche alimento nel fatto
che alcune pronunzie giudiziarie (la più nota delle quali è
quella del Tribunale di Roma in data 15/12/2006 relativa
al caso Welby) hanno sostanzialmente rinunciato a deci-
dere proprio sulla scorta della motivazione che, pur in
presenza nel nostro ordinamento di alcuni principi costi-
tuzionali di altissimo contenuto morale e civile, i relativi
diritti della persona non sarebbero forniti di tutela perchè
appartengono ad un campo non ancora regolato dal di-
ritto e non sottoposto dunque all'intervento del giudice.

Ricordo che in particolare il Giudice aveva disatteso il ri-
corso sotto il profilo che il diritto di richiedere il distacco
del respiratore artificiale previa sedazione terminale, pur
riconosciuto in astratto, era in concreto privo di prote-
zione perchè non poteva considerarsi tutelato dall'ordi-
namento un diritto "rimesso alla totale discrezionalità di
qualsiasi medico al quale la richiesta venga fatta, alla sua
coscienza individuale, alle sue interpretazioni dei fatti e
delle situazioni, alle proprie concezioni etiche, religiose e
professionali". Motivazione, questa, che pone almeno tre
problemi che costituiscono i nodi ineludibili di questa
complicata questione.

Il primo nodo è quello appunto relativo alla verifica
della possibilità all'interno del nostro ordinamento giuri-
dico di tutelare i diritti inalienabili della persona in mate-
ria di scelte terapeutiche o di rinuncia alle cure e
all'indagine se sia garantito dal nostro ordinamento un
vero e proprio diritto di vivere o di morire.

Il secondo tema è costituito dal ruolo che nel nostro or-
dinamento può e deve avere il medico.

Il terzo quesito è invece relativo al ruolo del Giudice:
se egli cioè si debba limitare ad esaminare il panorama
delle norme positive o se l'ordinamento pretenda da lui
che si faccia interprete e garante di alcuni principi anche
se non sono stati oggetto di analitico intervento del legi-
slatore.

1. Quasi tutte le pronunzie giurisdizionali intervenute in
materia hanno posto l'accento su un dato che sembra
inequivocabile: ogni trattamento sanitario o legittimato
dal cosiddetto "consenso informato" del paziente: senza
il consenso informato l'intervento del medico è sicura-
mente illecito, anche se esso oggettivamente porti un
vantaggio per la salute del paziente. Dunque il consenso
informato è la garanzia della libertà di ogni individuo, cioè
il mezzo attraverso il quale ogni persona sceglie il tratta-
mento medico che più risponde al suo interesse. Pur ri-
guardando apparentemente il rapporto tra il medico e il
paziente, il consenso informato in realtà è fondato inte-
ramente sul diritto della persona sottoposta alle cure e
sulla sua libertà di autodeterminazione alla luce dell'art.

2 della Costituzione, secondo cui la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, dunque la sua identità e la sua dignità. Si è aggiunto da parte dei Giudici che il consenso informato trova il suo fondamento anche nell'art. 13 della Costituzione che sancisce l'inviolabilità della libertà personale, nella quale, secondo la Corte Costituzionale (sent. n. 471/1990) è certamente compresa anche la libertà della persona di disporre del proprio corpo. Infine dottrina e giurisprudenza hanno individuato un altro fondamento costituzionale del consenso informato nell'art. 32 Cost. che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, oltre che come interesse della collettività, prevedendo lo specifico consenso del paziente al trattamento terapeutico: "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

È da questo dettato della Carta Costituzionale che discende l'impossibilità di trattamenti sanitari coattivi con l'implicito riconoscimento per ogni persona del diritto di rifiutare le cure o di interromperle. Sotto questo profilo non vi è dubbio che il rifiuto dei trattamenti sanitari, di qualsiasi medico e in ogni circostanza, fa parte dei diritti inviolabili della persona di cui all'art. 2 della Costituzione.

Questi principi vengono ribaditi sia nella pronuncia della Corte di Cassazione civile 16 ottobre 2007 n. 21748, sia nella decisione del Tribunale di Roma 23 luglio 2007 nel processo penale in cui veniva giudicato il dott. Mario Riccio imputato di aver provocato la morte di Piergiorgio Welby staccando il ventilatore automatico che lo teneva in vita. Due pronunzie di grande interesse relativa, l'una, al diritto del paziente di far valere le sue scelte in materia di rifiuto delle cure compresa la nutrizione e l'idratazione e, l'altra, ai doveri del medico che si trovi di fronte alla richiesta del paziente di porre fine ad un trattamento sanitario non desiderato.

Occorre dire con grande chiarezza che l'affermazione dell'esistenza di questi principi dà luogo a qualche contrasto, non tanto sul fatto oggettivo che il dettato costituzionale contenga espressioni di indubbio significato, quanto piuttosto per il fatto che tali principi, secondo alcuni, rimarrebbero pure dichiarazioni di programma senza alcuna possibilità di tradursi in pronunzie che ne garantiscano l'effettività, perché mancherebbero gli strumenti per dargli attuazione o perché nell'ordinamento sarebbero riscontrabili principi di significato opposto con i quali occorre procedere ad un attento bilanciamento.

È significativa in questo senso l'osservazione del Giudice per le Indagini Preliminari di Roma che, nel caso già citato, investito dal Pubblico Ministero di motivata richiesta di archiviazione nei confronti del dott. Riccio, dopo aver riconosciuto che nel nostro ordinamento costituzionale il diritto alla salute e all'autodeterminazione previsto nell'art. 32 Cost. è un sicuro principio di civiltà giuridica che sottolinea solennemente il valore della libertà di cure, sostiene che tale libertà costituzionale deve essere bilanciata con il diritto alla vita che, "nella sua sacralità, inviolabilità e indisponibilità costituisce un limite per tutti gli altri diritti che, come quello affermato dall'art. 32 della Costituzione, siano posti a fondamento della dignità umana".

Non ci vuol molto a capire che questo "diritto alla vita", concepito come estraneo al diritto alla salute, e dunque

alla vita, previsto anch'esso negli artt. 2 e 32 Cost., è di difficile definizione perché il suo carattere, appunto sacro, lo rende inattuabile da qualsiasi decisione del soggetto circa le cure cui egli intenda sottoporsi vanificando così la libertà di autodeterminazione e la stessa libertà di scegliere o rifiutare le cure.

La verità è che quando si comincia a parlare di sacralità ci si pone fuori dell'area del diritto e si entra in quello delle convinzioni etiche e religiose, per definizione tutte rispettabili ma non riducibili a materia sottoposta all'intervento del Giudice.

Se si dovesse introdurre nell'ordinamento un non meglio definito 'diritto alla vita' del quale il soggetto in vita non è titolare e che non gli appartiene interamente, evidentemente si introdurrebbe un obbligo assoluto di vivere, inevitabilmente in conflitto con il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente, il quale nulla potrebbe di fronte all'obiezione che le sue scelte sono libere, certo, ma solo fino a quando esse non comportino un pericolo per la vita o addirittura il suo sacrificio. Ne conseguirebbe che altri, e non la persona in cura, sarebbero padroni del suo destino, il legislatore, il medico, i familiari o altri soggetti che possano far valere il diritto assoluto e sacro alla vita anche contro la sua volontà.

Ma è evidente a tutti che ciò significa puramente e semplicemente eliminare il principio costituzionale dell'art. 32 Cost. secondo cui la salute dell'individuo non può essere oggetto di imposizione coattiva o autoritaria.

È anche evidente che il diritto dei singoli alla salute, come tutti i diritti di libertà, implica anche la tutela del suo contrario, cioè del diritto di perdere la salute, di rifiutare le cure e di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo criteri che sono propri di ciascuna persona perché attengono alla sfera della sua dignità di uomo, fino al diritto di lasciarsi morire.

Taluno obietta che con questa argomentazione rientrerebbe in gioco una sorta di diritto all'eutanasia che il nostro ordinamento ha escluso dal proprio orizzonte. Questa volta è la giurisprudenza ad offrirci puntualmente la risposta.

Come ha detto la sentenza della Corte di Cassazione, dinanzi citata, "il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per una ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta da parte del malato che la malattia segua il suo corso naturale. E d'altra parte occorre ribadire che la responsabilità del medico per omessa cura sussiste in quanto esista per il medesimo l'obbligo giuridico di praticare o continuare la terapia e cessa quando tale obbligo viene meno. E l'obbligo, fondandosi sul consenso del malato cessa -insorgendo il dovere giuridico del medico di rispettare la volontà del paziente contraria alle cure- quando il consenso viene meno in seguito al rifiuto delle terapie da parte di costui".

Si potrebbe pensare che tale orientamento della Corte sia assolutamente minoritario e che il divieto dell'eutanasia presente nel nostro ordinamento abbia condizionato qualche pronuncia giurisprudenziale. In realtà si tratta di un orientamento non solo prevalente negli indirizzi della dottrina, ma anche nella giurisprudenza della Corte di

Cassazione che fin dal luglio 2002 aveva affermato in maniera recisa che "in presenza di una determinazione autentica e genuina dell'interessato nel senso del rifiuto della cura, il medico non può che fermarsi ancorché l'omissione dell'intervento terapeutico possa cagionare il pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte".

2. Il secondo tema della nostra riflessione, come ho già detto, riguarda il ruolo del medico.

Cominciamo col dire che di norma non è il legislatore che stabilisce quali siano i trattamenti o le pratiche terapeutiche ammesse. È noto infatti che l'arte medica è fondata sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione, di modo che la regola in materia nel nostro ordinamento è costituita dall'autonomia e re-

In questo quadro normativo è inevitabile che sia solo il medico, sorretto, da un lato, dalle sue valutazioni di carattere sanitario e orientato, dall'altro, dal suo codice deontologico, a "potere garantire -come osserva la giurisprudenza- il rispetto nel caso concreto dei confini tra l'esercizio di una libera ed informata autodeterminazione del paziente ed arbitrii forieri di violazioni di diritti essenziali, quali quelli in gioco".

Si aggiunga che solo il medico è in grado di incidere sul presupposto dell'esercizio stesso del diritto del paziente all'autodeterminazione attraverso l'informazione. Dunque il consenso libero e informato non può prescindere dalla figura e dalla partecipazione del medico.

Il ruolo del medico appare essenziale sotto molti profili. Intanto egli è l'unico autorizzato a fare il punto sulle conoscenze scientifiche e sulle applicazioni diagnostiche e a dire, in sostanza, quale sia lo stato dell'arte. Conclusione



sponsabilità del medico che, sulla scorta del consenso ottenuto dal paziente, opera sulla base dello stato delle conoscenze scientifiche che sono a sua disposizione. Non solo, ma il medico dispone anche di un codice deontologico che è un corpus di regole predeterminate per chi esercita la professione medica, vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine. La Corte Costituzionale, ha precisato che al legislatore non è preclusa la possibilità di intervenire sul merito delle scelte terapeutiche, ma che tale intervento non può ragionevolmente prescindere dall'esame dell'elaborazione delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali, accertate tramite organismi che abbiano sicura autorità tecnico-scientifica.

diversa non può essere presa, dal momento che si tratta di materia in continua evoluzione: ciò che oggi appare come sufficientemente certo, domani sarà superato da nuove acquisizioni e da nuove terapie.

Se il legislatore si arrogasse il diritto di stabilire quali cure sono necessarie o utili e quali debbano essere abbandonate perché superate sarebbe vanificato in radice un altro principio che ha tradizionalmente guidato l'opera del medico: l'obbligo cioè di agire secondo scienza e coscienza. Il suo agire infatti sarebbe condizionato da canoni di comportamento fissati da altri.

Sappiamo che un nutrito numero di medici esprime la convinzione che il diritto del paziente all'autodetermina-

zione non sia illimitato e che trovi dei limiti in una serie di norme imperative. Al riguardo essi citano gli articoli del codice penale che puniscono l'omicidio, l'istigazione al suicidio, l'omicidio del consenziente, Part. 5 Cod. Civ. che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, l'art. 36 del cod. deontologico che, a proposito dell'eutanasia, vieta al medico di effettuare o favorire trattamenti diretti a provocare la morte del paziente e così via. Da queste disposizioni essi desumono che sussista nel nostro ordinamento un vero e proprio obbligo per il medico di curare e mantenere in vita il paziente. Obbligo -essi aggiungono- che si configura come attuazione del principio supremo dell'indisponibilità della vita.

Ho già detto che una tale impostazione non è soddisfacente dal punto di vista giuridico, anche perché farebbe prevalere il contenuto di norme ordinarie sulle chiare indicazioni della Costituzione con le quali le norme ordinarie vanno accordate.

Ma voglio aggiungere che, se si ritenesse esistente nel nostro ordinamento l'obbligo generale ed assoluto per il medico di garantire sempre e comunque che il paziente resti in vita, si finirebbe per legittimare anche il cosiddetto "accanimento terapeutico" sul cui divieto unanimemente, o quasi, si consente da parte dagli studiosi, dei giuristi dei medici e perfino della Chiesa. È vero che sul significato dell'espressione accanimento terapeutico fioriscono le interpretazioni più vane: non tutti consentono che costituiscano accanimento quei trattamenti che garantiscono meccanicamente il sostegno alle funzioni vitali, quando il soggetto sia nel pieno possesso delle facoltà razionali; oppure non tutti concordano che sia vita solo biologica quella di chi sia in possesso di una lucida attività razionale. Si tratta di temi etici di grande e impegnativo spessore. Ma, appunto, siamo scivolati nel campo dell'etica che non è appannaggio dei giuristi ma dei filosofi e dei teologi.

Credevo invece che occorra attenersi rigorosamente ai giudizi tecnico-scientifici del medico alla cui discrezionalità va ricondotta la scelta dei sistemi da usare sulla scorta della volontà espressa dal paziente. È il medico che deve dire se l'uso del respiratore o del ventilatore artificiale oppure l'alimentazione e l'idratazione forzata siano o no cure palliative; è il giudizio del medico che deve stabilire se sia accanimento terapeutico, e in che misura, questa o quella terapia.

Il medico, come abbiamo visto, esercita la sua responsabilità lungo il doppio binario rappresentato dal consenso del paziente e dai dettami del codice deontologico e non si può dimenticare che all'art. 37 del Codice, con riguardo all'assistenza ai malati terminali, impone al medico di "limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze". È difficile pensare che, come pure è stato sostenuto, rispetti questo precetto il medico che, contro la volontà espressa del malato, rifiuti di praticare la necessaria sedazione e di staccare il respiratore che sia causa di sofferenze fisiche o psichiche. Dunque il giurista non può che concludere che il medico è tenuto ad adempiere alla precisa e consapevole volontà del malato di ottenere una cura che egli giudica palliativa, anche se il medico non è d'accordo, perché si tratta dell'espressione del diritto all'autodeterminazione indivi-

duale che è una delle modalità di espressione del diritto alla salute garantito dagli articoli 13 e 32 della Costituzione. Ma voglio anche ricordare come non solo la Costituzione e il diritto positivo impongano questa conclusione, ma perfino il catechismo della Chiesa cattolica autorizzi "l'uso di analgesici per alleviare le sofferenze di un moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni" in quanto ciò "può essere moralmente conforme alla dignità umana se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile" (passo n. 1503-2279, in tema di eutanasia).

Escludendo la necessità dell'accanimento terapeutico, il catechismo soggiunge: "non si vuole così provocare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o altrimenti da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente" (passo n. 1503-278).

In conclusione, non esiste per il medico nel nostro ordinamento un obbligo legale di mantenere in vita il paziente in ogni circostanza. Taluno ha voluto ravvisare questo obbligo nel disposto dell'art. 54 del Codice Penale che disciplina lo stato di necessità; si è sostenuto che nel caso in cui la malattia costituisca un pericolo grave ed imminente per la persona il medico non sia punibile quando compia il trattamento medico chirurgico nonostante che manchi il consenso della persona e, addirittura, nonostante che il paziente abbia opposto un divieto e resista positivamente alle cure.

In sostanza il rifiuto di un trattamento chirurgico salvavita da parte del paziente determinerebbe uno stato di necessità tale da imporre al medico di intervenire per scongiurare il pericolo della morte del malato. Ma un'interpretazione del genere vanificherebbe completamente il contenuto dell'art. 32 della Costituzione che consente di imporre coattivamente un trattamento terapeutico solo nei casi in cui si tratti di evitare un danno ingiusto per altre persone o per la collettività. In tutti gli altri casi prevale evidentemente la volontà del paziente nell'esercizio di un diritto inviolabile quale è la scelta o il rifiuto delle cure che gli vengano somministrate. Come ha osservato il collega Santosuosso "lo stato di necessità non prescrive alcuna condotta al medico, ma si limita a considerare, solo in alcuni casi, la sua condotta di intervento come non reato". Dunque è assurdo pensare che l'art. 54 del Codice Penale imponga al medico un obbligo di intervento. L'obbligo del medico, come si è già detto, è di prestare le cure richieste dal malato, cure che per quanto riguarda le malattie inguaribili, possono essere limitate al semplice miglioramento della qualità della vita residua o all'alleviamento del dolore dal momento che il malato è una persona libera di scegliere quello che deve essere fatto sul proprio corpo e di escludere ciò che per qualsiasi motivo non accetta.

3. L'ultimo tema riguarda il compito del giudice.

Ho già accennato come qualche giudice, chiamato a pronunciarsi su temi eticamente sensibili e di grande impatto sull'opinione pubblica, abbia sostanzialmente ommesso di decidere, giustificando l'omessa pronuncia con una legge che non c'è, cioè con la mancanza di una disciplina positiva specifica. Questo ripiegamento della giurisprudenza

si ispira evidentemente alla vecchia ideologia del "giudice come bocca della legge", cioè come interprete che non si discosta da ciò che una legge positiva disciplina in ogni singolo aspetto. Ma il mondo moderno presenta situazioni talmente articolate e complesse che è semplicemente impossibile pensare che la legge positiva ne disciplini ogni aspetto. Dunque si tratta di capire qual è il ruolo della giurisdizione rispetto ai bisogni che emergono dalla società e che non sempre trovano una legge positiva che abbia previsto la fattispecie. In questi casi, che sono sempre più numerosi, è impensabile che la giurisdizione non dia risposte. La giurisdizione per definizione è il luogo istituzionale dove le domande di tutela trovano risposte positive in base, certo, allo stato della legislazione e non è consentito al giudice omettere la risposta che sia possibile in base a principi esistenti nel nostro sistema giuridico, giustificandosi col dire che i principi, sì, esistono ma le norme purtroppo non regolano positivamente la fattispecie.

Al giudice non si chiede perciò solo un ruolo di mera ricognizione dell'esplicito contenuto di norme esistenti, ma si chiede anche lo sforzo, che solo il giudice può fare, di colmare le lacune dell'ordinamento per risolvere i conflitti reali che la società propone. Dunque il giudice non può essere il neutrale mero applicatore della legge, ma colui che traduce in decisioni i principi fondamentali dell'ordinamento giuridico.

Il giudice romano che abbiamo già citato, quando ha dichiarato che i principi costituzionali prevedono la libera determinazione del malato e il suo diritto di scegliere o rifiutare le cure, ma che tale diritto non poteva essere tutelato per mancanza di una disciplina positiva che prevedesse le modalità della tutela, è venuto meno a quel compito fondamentale della giurisprudenza cui abbiamo fatto cenno.

Non è difficile pensare, dal momento che anche i giudici sono di questo mondo, che queste pronunzie siano anche influenzate dal clima che in questi anni ha caratterizzato il nostro paese dove i temi dei rapporti tra diritto e scienza e tra scienza e giustizia sembrano non poter essere laicamente trattati senza essere iscritti di ufficio a un "partito della morte", contrapposto ad un sedicente "partito della vita", al quale solo viene riconosciuta la capacità di tutelare il diritto alla vita.

Tutto questo affiora dal contenuto di alcune pronunzie nelle quali vengono introdotti valori meta-costituzionali da bilanciare con le norme costituzionali le quali naturalmente non possono che cedere di fronte a valori definiti sacri e inviolabili e che affondano la loro radice sul terreno dell'etica e della religione.

Ecco, a me pare che il giudice non debba farsi condizionare dai propri valori e dalle proprie scelte etiche o religiose cui pure egli ispira i propri comportamenti. Si tratta di valori propri di ciascuna persona dei quali uno stato di diritto rispetta fino in fondo l'espressione e la manifestazione. Ma il giudice ha un obbligo diverso che gli deriva inevitabilmente dal suo ruolo: quello di non abbandonare mai i consolidati valori della nostra Costituzione e di evitare qualsiasi fuga in avanti o indietro sulla scorta della valorizzazione di valori etici che riguardano la profondità delle coscienze individuali, ma non gli obblighi civili dei cittadini. Certo al giudice non può essere consentito di

decidere o (come è accaduto) di non decidere sulla scorta di argomenti extra legali o extra giuridici, pretendendosi da lui una decisione fondata su dati sempre ricavabili dall'ordinamento. Qui sta il senso della neutralità e dell'imparzialità del giudice, in questa fedeltà ai principi fondamentali del patto costituzionale che i cittadini si sono nodati, vincendo le suggestioni di scelte etiche o religiose che non possono appartenere alla totalità dei cittadini e che riposano solo nella coscienza individuale di ciascuno.

Storicamente la magistratura in Italia ha perso importanti occasioni nel riconoscimento dei diritti della persona. Prima, in anni lontani, ispirandosi alla sciagurata distinzione tra norme costituzionali con valore programmatico e norme costituzionali con valore precettivo, usata quasi sempre per rifiutare la tutela dei diritti fondamentali delle persone spesso bilanciati con altri valori o con altri interessi di rango inferiore.

Altre volte la legislazione ordinaria, anziché essere interpretata e letta in conformità con i principi costituzionali, è stata impropriamente utilizzata come unico punto di riferimento anche quando essa paradossalmente contrastava con i principi costituzionali. Penso ad esempio alla lunga battaglia dei soggetti portatori di handicap ai quali non è stata riconosciuta dai magistrati l'esistenza del diritto soggettivo alla salute o all'istruzione, negando che lo Stato dovesse provvedere alla loro assistenza nei casi di handicap grave o al sostegno scolastico durante la frequentazione della scuola. Penso, ancora, ai casi in cui si è negato il soddisfacimento dei diritti personali garantiti dalla Costituzione con la motivazione che le ristrettezze di bilancio non consentissero il pieno esercizio di quei diritti.

Insomma, sembra talvolta che la giurisdizione ordinaria, che dovrebbe garantire la generale e illimitata tutela dei diritti soggettivi, si ripieghi su se stessa specie quando deve affrontare questioni che toccano inevitabilmente l'etica e la coscienza.

Per fortuna, e anche in questi ultimi tempi, non sono mancate decisioni di giudici consapevoli dei loro doveri di interpreti delle leggi alla luce della Costituzione e capaci di dare risposte ai conflitti individuali e sociali anche quando le norme non abbiano specificamente disciplinato la materia. Al giudice non dovrebbe essere mai consentito di dire dinanzi ad un conflitto in atto che non si può decidere perché non c'è la legge. Il suo ruolo gli impone, sempre e comunque, di dire dove sta il diritto o il torto e di regolare con la sua pronunzia i rapporti tra le persone e tra le persone e le istituzioni.

Certo non si può nascondere che tutto questo non è facile, dal momento che anche i giudici hanno le loro convinzioni etiche e religiose alle quali costantemente ispirano la loro azione, anche quella quotidiana e professionale. E non è facile prescindere da queste convinzioni quando si affrontano i temi più alti della vita, della morte o della bioetica.

A me è capitato, come qualcuno ricorderà, di trovarmi in mezzo al caso di Eluana Englaro, nel momento più difficile, quando si doveva dare attuazione alla pronunzia dei giudici che avevano accolto la richiesta della famiglia di porre fine alle sofferenze di Eluana. Le mie dichiarazioni pubbliche in quell'occasione sono state molto sorvegliate e non facevano cenno a nessuna convinzione personale.

Mi sono limitato a ribadire che ai giudici non restava altra scelta che quella di eseguire le sentenze, come la Costituzione gli impone. E che non vi fosse altra scelta è provato dal fatto che il Governo cercò una soluzione sul piano normativo della decretazione di urgenza e della decisione parlamentare. Ma oggi che il caso è chiuso, non ho difficoltà a dire che sul piano delle scelte personali avrei avuto enormi difficoltà di capire quale fosse la via giusta per il bene e la salute del malato. Non sapevo, e non so neanche ora, cosa avrei fatto al posto di Beppino Englaro.

Ma quello che sapevo con certezza è che occorreva rispettare fino in fondo il diritto costituzionale alla scelta delle terapie o al rifiuto dei trattamenti in atto. La convinzione personale di chi è chiamato ad eseguire la sentenza non può prevalere sul diritto personale garantito a ciascun malato dalla Costituzione Repubblicana. Proprio in questo rispetto delle convinzioni personali di ciascuno anche di chi pensa che in quel caso avrebbe fatto la scelta, esattamente opposta, sta la fedeltà del giudice alla Costituzione: contro ogni integralismo, contro ogni fanatismo, contro ogni tentazione di possedere noi soli la verità. La condizione di chi pensa di possedere la verità è certamente una condizione felice. Ma la propria verità non si può imporre agli altri, né lo Stato può imporre a tutti i cittadini una scelta etica che non sia il rispetto di ogni fede e di ogni convinzione.

Quando approderemo al Giudizio Universale a noi giudici non verrà chiesto se siamo andati regolarmente a messa. Queste sono curiosità che hanno i vescovi della Conferenza Episcopale o l'Onorevole Binetti. Ci verrà chiesto se abbiamo garantito a tutti, cattolici e non, laici e credenti, il rispetto delle loro convinzioni più intime.

Prof. Giorgio Mustacchi

*Docente di Oncologia medica dell'Università di Trieste
Direttore del Centro Oncologico della ASS n. 1 "Triestina"*

L'informazione del Paziente oncologico: riflessioni sugli aspetti etici, legali e morali

Il cancro è uno degli eventi negativi che possono colpire un individuo, non necessariamente il peggiore. In altre situazioni a grave rischio per la qualità della vita il soggetto è ben informato e continua a mantenere la gestione delle proprie decisioni. Nel caso del cancro, invece, quantità e qualità dell'informazione sono mediate dal medico e dalla famiglia ed il soggetto subisce inevitabilmente iniziative altrui.

Il cancro è una antica malattia che ha sempre fatto paura.

La prognosi è stata per secoli quasi invariabilmente fatale, la patogenesi oscura, le possibilità di cura empiriche e modeste, per lo più mediante asportazione chirurgica o cauterizzazione di lesioni accessibili¹. Non a caso la parola "cancro" è stata adottata come metafora per definire una forza insidiosa, distruttiva e pericolosa per la società².

Per questi motivi i medici hanno ritenuto a lungo inaccettabile per il paziente la comunicazione della diagnosi di cancro e, di conseguenza, spesso "cospiravano" con la famiglia per nascondere la gravità della situazione, con alterni risultati³.

È solo a partire dagli anni '50 che il miglioramento della

prognosi di molte neoplasie unitamente alla possibilità di cure meno invasive ha gradualmente modificato l'attitudine in merito alla comunicazione della diagnosi, seppure con grandi variazioni tra Paesi diversi dovute sostanzialmente al fatto che l'atteggiamento del medico riflette la cultura predominante del luogo e del momento storico⁴, così come le proprie problematiche personali e l'area professionale specifica⁵. Ciò probabilmente riflette anche i cambiamenti sociali degli ultimi decenni che hanno modificato il ruolo del medico da figura enigmatica e ieratica a operatore tecnico ma umano, addirittura criticabile, cosa inaudita solo cinquant'anni fa.

È indubbio che la componente psicologica della malattia neoplastica ha aumentato la sua importanza al punto che si è delineata una nuova disciplina definita "psico-oncologia"⁶.

Molto è cambiato ma le diversità culturali tuttora presenti non solo tra diversi Paesi ma all'interno dello stesso Paese, Italia compresa, possono essere spunto per una riflessione ampia su questo grande problema

Le Regole

I rapporti sociali si fondano su regole. Esse sono il parametro con cui ci confrontiamo e veniamo confrontati in ogni manifestazione del nostro vivere sociale e, di conseguenza, sono in larga misura il fondamento della coscienza.

Il problema del tipo e della qualità dell'informazione che il Medico fornisce al Paziente Neoplastico investe molti aspetti legali, etici e morali della sfera sociale e privata di entrambi. L'atteggiamento nei confronti della informazione del paziente neoplastico è funzione della cultura espressa da un contesto sociale, ed è quindi opportuno esaminare quali siano le "Regole" predominanti in proposito

Esse sono sostanzialmente la Legge dello Stato, il Codice di Deontologia Medica e la Religione.

La Legge dello Stato Italiano

Per quanto attiene alle leggi dello Stato italiano, non vi è alcuna norma che riguardi specificatamente il paziente oncologico. Si applicano ovviamente i principi e le norme generali.

Il fondamento del sistema è la persona umana cui lo Stato garantisce i diritti inviolabili (art 2 della Costituzione), non diminuiti dalla condizione di infermità (art 3,1o comma della Costituzione).

La salute è un diritto fondamentale e nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art 32 della Costituzione).

Discende chiaramente da questi principi che non vi può essere atto medico senza coscienza e libera decisione dell'interessato, se capace di intendere e di volere e fatto salvo lo stato di necessità, concetto quest'ultimo ben specificato e regolato dal Codice Penale (art 54).

L'Oncologia è disciplina peculiare per tre aspetti del rapporto Medico – Paziente:

- La prognosi è spesso infausta
- Il coinvolgimento emotivo sia del paziente che del me-

dico

- La somministrazione di cure spesso debilitanti o invalidanti ed in alcuni casi a solo fine palliativo

Gli elementi da considerare sono quindi la natura della responsabilità del Medico o di qualunque altra figura professionale sanitaria, i suoi presupposti giuridici e i suoi presupposti etici (il "sommerso", non codificato da regole, dell'informazione al Paziente grave o terminale)

In definitiva, cosa rende lecita l'attività medica? Quale è il suo "FONDAMENTO DI LICEITÀ"?

Esclusivamente il consenso. Che deve essere valido, quindi sono necessarie Titolarità, Assenza di vizi e completa informazione.

È ovvio che, affinché ricorran gli estremi di una decisione cosciente e libera, non si può prescindere dalla conoscenza di tutti gli elementi essenziali.

Il che nel caso della malattia significa la diagnosi, le prospettive terapeutiche, i possibili danni collaterali e la prognosi.

In conclusione, secondo la Legge italiana, è obbligo del terapeuta informare adeguatamente il paziente su tutti questi elementi o comunque assicurarsi che l'informazione, conseguita eventualmente con altri mezzi, sia in concreto completa⁷.

La Legge assolve quindi al suo compito di "Regola", precisa e scarna. Le pene possono essere assai severe perché si possono ipotizzare illeciti civili ma reati di rilevanza penale come Violenza Privata (Art 610 CP), Lesioni Personali Colpose (Art 590 CP) o peggio.

Il Codice di Deontologia Medica

La Legge dello Stato, che è sovrana su ogni altra, istituisce o abolisce gli Ordini Professionali, e l'iscrizione all'Ordine dei Medici è obbligatoria per l'esercizio della professione.

Il Codice Deontologico regola i comportamenti dei Medici ed è attualmente in sintonia con la Legge Italiana per quanto attiene le informazioni al cittadino a prognosi infausta (Art 30), l'informazione a terzi (Art 31) e il Consenso (Art 32).

Ma giova ricordare che si possono verificare situazioni di potenziale conflitto, cosa effettivamente verificatasi in Italia in anni non lontani.

Il Codice di Deontologia, dopo 30 anni era stato modificato per la prima volta nel 1989.

In tale versione esso affermava il diritto d'informazione del paziente la cui volontà, liberamente espressa, andava in ogni modo rispettata (art 39).

Altro punto essenziale era che la proibizione di effettuare qualunque atto medico contro la volontà del paziente (art 40).

Stabiliva che ogni procedura diagnostica e/o terapeutica che potesse mettere a rischio l'incolumità del medesimo doveva essere intrapresa solo in caso di estrema necessità e previa informazione sui reali rischi con documentazione del consenso (art 41).

Chiaro e razionale in linea generale, il Codice Deontologico del 1989 rimetteva in realtà al giudizio del singolo medico il problema della comunicazione di una prognosi grave o infausta, consentendogli di non rivelare la verità al malato, purché lo facesse con i congiunti (art 39), ba-

sandosi in questo caso sulla funzione solidaristica primaria della famiglia riconosciuta dalla Costituzione (art 29 e segg).

In realtà dall' articolo 39 del Codice Deontologico del 1989 discendevano potenzialmente alcuni gravissimi problemi, quali il fatto che il medico era chiamato a compiere opera di psicologo per discriminare i pazienti a cui la verità poteva essere comunicata, di sociologo per comprendere la qualità dei rapporti tra paziente e congiunti, che nulla ha a che vedere giuridicamente con la capacità di intendere e di volere del malato.

Si può affermare quindi che il Codice Deontologico consentiva una prassi che la Legge dello Stato non solo non contempla ma condanna.

La cosa risulta estremamente delicata per il medico che può venire a trovarsi nell'assurdo di ottemperare ad una regola deontologica ed essere per questo perseguito sia penalmente che civilmente.

L'unica condizione in grado di conciliare le norme contrastanti e tutelare il medico era che si potesse ricondurre i limiti dell'informazione fornita anch'essi alla nozione di terapia, dimostrando che il tacere corrisponde ad una inderogabile e certa esigenza di benessere psico-fisico del paziente. Si trattava, in definitiva, di estendere a questo argomento il concetto di "stato di necessità".

È palese che una tale situazione può essere confutata facilmente da qualunque abile perito di parte. Il Codice Deontologico non assolveva alla sua funzione di "Regola".

Tale situazione ha creato all'epoca forte dibattito e conflittualità, e nel 1995 il Codice è stato infatti nuovamente modificato per adeguarsi alla Legge italiana. Non irrilevante il fatto che tale contrasto su un tema di così ampio riscontro sia stato appianato solo dopo sei anni.

La Religione

Sono prese in considerazione in questo articolo solamente le Religioni maggiormente rappresentate nello Stato Italiano, Cattolica, Ebraica e Islamica, senza pregiudizio alcuno nei confronti di ogni altra fede, anche per la difficoltà a reperire fonti ufficiali sul tema. Infatti, data la delicatezza dell'argomento, esso è trattato esclusivamente citando fonti ufficiali e poco spazio vi è al pensiero di chi scrive, se non nel ricordare che in uno stato democratico e laico, quale l'Italia è, non vi è discriminazione alcuna tra i cittadini in funzione del credo religioso, tra questi annoverando anche i non credenti e che la sovranità della Legge dello Stato è indiscussa.

La morale cattolica.

Essa afferma che, in linea di principio, la Verità è un criterio di moralità⁸ essendo un diritto fondamentale dell'uomo la protezione e l'amministrazione della propria salute fisica e psichica⁹. Il rapporto tra paziente e medico si fonda su un atto fiduciario in base al quale l'uno conferisce all'altro un incarico senza cedergli con ciò il diritto di amministrare il proprio organismo⁹. Si dedurrebbe quindi il diritto del paziente a conoscere tutto ciò che concerne la malattia⁹.

Ciononostante, affrontando il problema dell'opportunità di dire la verità ad un malato grave, emerge una certa

manca di chiarezza. Si afferma infatti che la verità va detta nella misura in cui il malato è in condizioni di trarre vantaggio dall'informazione e che in ogni modo bisogna tener conto della volontà del malato stesso liberamente e consapevolmente espressa⁸. Si afferma per contro che la applicazione pratica di tali principi non è sempre palese e che non è facile capire se il malato, anche quando interroga, voglia sapere veramente⁹.

È però anche affermato che il medico, prima di ogni atto terapeutico, deve informare esattamente il paziente sui rischi e le prospettive del medesimo¹⁰.

In tema di consenso è moralmente accettabile presumere che il paziente lo concede al momento in cui si affida al medico, purché in possesso di ogni informazione relativa alle ripercussioni possibili¹¹. In questo caso tutto dipende dalla estensione dei significati attribuibili alla parola "ripercussioni".

In ultima analisi, la formula pratica che emerge secondo la morale cattolica implica l'individuazione del "maggiore interesse globale del paziente" da parte del medico. Per fare ciò bisogna tener conto della psicologia del paziente, del presumibile decorso della malattia e degli eventuali doveri non ancora compiuti⁹. Nel caso di malati terminali che non abbiano intuito da soli la situazione e che non abbiano adempiuto ai "doveri finali", la conoscenza della verità assume contorno di urgenza e l'amarezza conseguente viene considerata "inevitabile costo umano". Se tali doveri sono invece assolti e si prevede che la verità sconvolga profondamente il paziente, si ammette il "discreto silenzio"¹⁰.

Una notazione essenziale emergente dalla morale cattolica è infine che l'etica propria della Medicina non può ridursi al semplice rispetto delle Leggi dello Stato¹².

Si configura quindi l'ipotesi che il medico cattolico possa/debba disattendere la Legge dello Stato se contrastante con la morale cattolica. Problema non da poco perché solo a proposito dell'aborto lo Stato ha concesso l'escamotage con l'obiezione.

A chi scrive appare che la morale cattolica sia, in sostanza, priva di indicazioni concrete sul tema dell'informazione in caso di prognosi infausta e che suggerisca, pur senza imporli, comportamenti che potrebbero essere in contrasto con la Legge italiana.

Viene quindi a mancare la funzione precisa di "Regola". La morale ebraica.

Secondo la Tora l'uomo deve avere cura di sé e proteggere la propria vita¹³. L'ebraismo sottolinea spesso più i principi che riguardano la salute che quelli riguardanti il culto¹⁴. Ciò al punto che il problema del consenso non si pone¹⁵.

Per quanto attiene alla verità, la Bibbia comanda di rifuggire dalla menzogna¹⁶, ciononostante il Talmud la ammette talvolta come obbligatoria, perché, in ogni modo, la priorità va alla salvaguardia della vita. Si ammette che il malato ha diritto all'informazione che il medico, per contratto, dovrebbe dargli. Ciò è importante affinché il paziente possa adempiere ai suoi doveri finali. Il medico ha per contro il dovere assoluto di preservare il benessere fisico e morale del malato. Ciò giustifica certe forme di menzogna o di omissione¹⁷.

È stabilito che bisogna proteggere ad ogni costo il malato dalla depressione negandogli la gravità del suo stato

e fingendo di continuare a curarlo, anche se con placebo¹⁸, assicurandolo ad oltranza¹⁹.

Per quanto attiene al necessario adempimento dei "doveri finali"²⁰, bisogna spingere il paziente ad assolverli senza che ciò sia un segnale di morte imminente²¹.

L'ebraismo vuole che l'ideale e la realtà quotidiana siano uniti²¹ e si afferma che "le leggi della Tora non devono essere in cielo o aldilà del mare, ma sulla bocca e nel cuore per essere seguite ogni giorno"²². Risulta quindi che la morale ebraica risolve in modo netto ed assoluto il problema di cui trattiamo, con indicazioni precise cui atternersi.

Non vi è dubbio che si pone assai facilmente in contrasto con la Legge italiana ma non si può certo negare che assolva al compito di dare una "Regola" assai chiara al Medico osservante.

La morale islamica

Le informazioni in proposito sono tratte tutte dall'interessantissimo libro "Islam, musulmani e bioetica" di Dariusch Atighetchi, che tratta anche molti altri argomenti e di cui consiglio vivamente la lettura²³.

Negli stati musulmani uno dei principi dominanti dell'etica medica è quello della "beneficialità", secondo il quale il malato è anzitutto un membro di una famiglia che è responsabile nei suoi confronti e il consenso del malato grave è quasi sempre vicariato dalla famiglia.

In tutti i Paesi musulmani, seppur in misura diversa, la comunicazione avviene tra i medici e la famiglia e solo in rari casi viene informato il paziente, in pratica mai se si tratta di una donna. Risulta in sostanza che la maggior parte dei medici dei Paesi Arabi non comunica la verità al Paziente con prognosi infausta e che buona parte dei cittadini degli stessi Paesi è assolutamente d'accordo, non desiderando essere messa al corrente di notizie che precludano la speranza.

La già forte e sempre crescente presenza di cittadini italiani di fede islamica pone questo problema in duplice modo, quindi, da un lato l'obbligo del medico, qualunque sia il suo credo, di attenersi alla Legge dello Stato, dall'altro la possibilità che ciò rappresenti un atto contrario alla volontà del Paziente islamico.

Quindi anche la morale islamica, assolvendo alla funzione di "Regola", può porre il Medico in contrasto con la Legge.

L'analisi dei Comportamenti

Il comportamento del Paziente

Il comportamento del paziente di fronte al cancro riflette le possibili implicazioni della malattia con le attese dell'individuo. Il rischio di morte, la dipendenza da terzi, la paura del dolore, della inabilità, della mutilazione fisica e/o funzionale sono motivazioni sufficientemente destabilizzanti per chiunque. In sintesi: il difficilmente tollerabile danno alla speranza progettuale di ognuno.

Esiste una risposta psicologica normale alla diagnosi di cancro. Di norma la prima reazione è l'incredulità^{24,25}, cui segue una fase ansioso-depressiva. Si manifestano diminuzione dell'attenzione e della concentrazione, alterazione dei ritmi sonno-veglia e di alimentazione. Questi

sintomi acuti tendono a migliorare in poche settimane, sostanzialmente in concomitanza con la definizione di un programma terapeutico e di follow-up.

Il processo generale di adattamento continua però molto più a lungo²⁵ e certe conseguenze si trascinano per tutta la vita^{26,28}. Gli individui sani psicologicamente usano i sistemi di ricupero ed adattamento che hanno già sperimentato con successo in altre situazioni difficili vissute in precedenza.

In sostanza, è generalmente accettata l'ipotesi che i pazienti neoplastici con malattia controllata sotto il profilo dell'estensione e dei sintomi hanno la stessa incidenza di depressione di malati di altre patologie²⁹.

Il comportamento del Medico

Trent'anni fa solo il 12 % dei medici americani era abituato a comunicare la diagnosi ai propri pazienti neoplastici³⁴. Lo stesso tipo di indagine, condotto nel 1979, rivelava che tale percentuale era salita al 98%³⁵. In entrambe le indagini, nel 70 % dei casi l'atteggiamento era dettato dalla esperienza clinica. Non è difficile ipotizzare che tale cambiamento non sia dovuto solo al cambiamento della mentalità dei cittadini ma anche ai riscontri medico-legali.

Un'indagine da noi condotta a Trieste nel 1980 su medici ospedalieri, non oncologi ma che trattavano pazienti neoplastici, ha evidenziato che l'87% di essi, normal-



Naturalmente c'è la possibilità di risposte psicologiche anormali. I motivi per cui si possono riscontrare reazioni "anomale" possono essere legati a preesistenti disordini psichiatrici, a situazioni precarie sotto il profilo economico o affettivo o al mancato controllo di sintomi³⁰.

Da un'analisi condotta su una vasta casistica di pazienti oncologici risulta che il 53% di essi mostrava segni di stress evidente ma ben compensato e nel restante 47% erano diagnosticabili veri e propri disordini psichiatrici (per i due terzi sindromi ansioso-depressive, nel 13% depressione grave)³¹. Una delle motivazioni più frequentemente addotte per non rivelare la diagnosi di cancro è la paura del suicidio del paziente. Questo non è un rischio reale nei pazienti neoplastici tra i quali il suicidio è raro, con un'incidenza appena più elevata che nella popolazione generale, e sempre e comunque in rapporto ad una situazione di depressione^{32,33}.

mente, non informava il paziente della diagnosi e che il 63% riteneva il cancro malattia non guaribile. Nessuno usava la parola "cancro"³⁵.

In anni più recenti ancora, 90 Oncologi di diversa nazionalità hanno fornito un parere sul comportamento prevalente a riguardo nei medici dei rispettivi Paesi. Tale indagine, seppur di valore puramente orientativo, evidenziava differenze che schieravano da una parte Paesi latini o mediterranei, ove si pensa che il medico comunichi la diagnosi in meno del 40 % dei casi, e da un'altra i Paesi nordici, ove tale percentuale superava l'80%⁴.

Le diversità di comportamento dei medici sono sicuramente anche legate al fatto che i pazienti sono una popolazione eterogenea per quanto attiene il livello di comprensione³⁶. Un altro elemento può essere il poco tempo dedicato dal medico al paziente (in media meno di 4 minuti per incontro, secondo uno studio del 1983)³⁷.

Non va dimenticata la conflittualità tra il convenzionale atteggiamento protettivo del medico e il sempre più affermato diritto del paziente ad essere informato adeguatamente³⁸.

Un altro fattore da non sottovalutare è la mancata corrispondenza tra quello che il medico ritiene che il paziente provi ed il reale vissuto dello stesso, con tendenza ad un atteggiamento immotivatamente superprotettivo³⁹.

Il problema è assai composito, come si vede.

Il problema non è la diagnosi

Abbiamo visto che la comunicazione della diagnosi di cancro sta diventando una prassi in progressivo aumento. Tutti gli operatori del settore sanno che chiunque è in grado di accettarla. Sotto questo aspetto abbiamo visto che anche la legge dello Stato, la Deontologia Medica e la Religione sostanzialmente concordano. Ma fino a che punto ci si può spingere?

Il problema vero è l'informazione prognostica. Come può un paziente accettare "consapevolmente" terapie tradizionali o innovative se non sa esattamente il perchè? Come può un paziente prendere decisioni oculate riguardanti la propria vita ed i propri affari se non è adeguatamente informato?

Per quanto attiene la prassi medica, alcuni operatori, essenzialmente anglosassoni, sono usi informare il paziente di una prognosi infausta a breve termine, affidandogli del tutto in questo modo il peso della situazione. Il che sarebbe anche giusto in linea filosofica. Non risulta però essere assolutamente questa la prassi dominante, né in Italia, né altrove.

Esistono infatti autorevoli pareri secondo i quali il colloquio non deve essere eccessivamente tecnico, essendo un grave errore precisare la prognosi (ad esempio citando statistiche) e che va sempre sostenuta la speranza⁴⁰.

Esiste anche chi sostiene però che il massimo dell'informazione, sia buona che cattiva, favorisce la partecipazione del paziente e pertanto un migliore adattamento^{41,42}. La politica seguita dai più appare in definitiva essere quella della "porta aperta". Per attuarla è necessario trovare il tempo, le giuste parole ed essere disponibili ad assumersi il carico di un'assistenza continua, non solo medica.

La filosofia della Morte

Si è detto che la paura del cancro è multifattoriale. La componente più forte, spesso inconfessata, è la paura della morte.

Sebbene si tratti dell'ultimo evento fisiologico, non è strano che ci spaventi tanto. Ritengo principalmente per tre motivi:

- 1) la paura della perdita (delle cose e delle persone); ciò perchè applichiamo al "dopo" i parametri dei valori della vita, gli unici che abbiamo sperimentato.
- 2) la paura della sofferenza
- 3) la paura dell'ignoto

Sebbene l'uomo abbia sempre avuto paura della morte, essa è particolarmente forte oggi nei Paesi occidentali,

ovvia risultanza del maggior benessere di una società ad impronta fortemente consumistica. Tenuto conto che il problema del dolore è oggi ben controllabile con adeguate terapie, non sarebbe forse sbagliato se la nostra educazione affrontasse anche il problema della morte. Ciò avviene in teoria tramite l'educazione religiosa ma il riscontro reale è che tale tematica non viene assimilata perchè i credenti reagiscono essenzialmente come gli altri, ministri del culto compresi.

Il problema della "buona Morte", della conservazione della dignità di questo supremo atto fisiologico, fatto salvo l'uso di tutti gli strumenti disponibili per alleviare la sofferenza, non potrà mai essere risolto né dal medico né dalla famiglia. Solo un'educazione non alla paura della Morte ma al pensiero della Morte possono aiutarci, perchè essa è sempre e solo un atto solitario, in quanto personalissimo^{43,13}.

La filosofia della Vita

Si è affermato in precedenza che la maggior parte degli Autori sottolinea l'importanza della speranza^{40,41,42,44}. La speranza è il sentimento che riflette l'istinto dell'individuo di affrontare le forze distruttive e quindi di mantenere il controllo⁴⁵ e, in una certa misura, anche l'esigenza di negazione⁴⁰.

Dare speranza significa stabilire una comunicazione positiva con il paziente che gli consente delle aspettative per il futuro, anche se questo è incerto^{40,46}, facendo in modo che si senta accresciuto nella propria spiritualità e nei propri valori^{47,48}. Speranza deriva ancora dalla virtuale impossibilità di predire con certezza il corso della malattia⁴⁹.

Spesso la perdita di speranza spinge il paziente alla ricerca di terapie alternative. In genere, infatti, esse danno una spiegazione esatta della causa del cancro (anche se ognuna in modo diverso dalle altre) e "garantiscono" l'efficacia della cura.

Il prezzo

Una problematica difficile come quella discussa può essere fonte per il medico di conseguenze psicologiche di varia gravità. Esiste vasta letteratura sui problemi emozionali dei pazienti neoplastici e delle loro famiglie, ma pochi studi, per lo più americani, hanno valutato gli effetti dello stress professionale sugli oncologi, medici e paramedici^{50,51,52}.

Sembra che, nonostante le ricorrenti critiche ai servizi sanitari, i pazienti accettino le cure perchè si fidano dei medici che le consigliano⁵³ ed da essi viene il loro primo supporto psicologico. Lo stress può compromettere tale capacità nell'oncologo e ciò è grave perchè in pochi altri campi l'aspetto umano della terapia è così importante.

In genere i medici tollerano piuttosto bene lo stress professionale essendo sovente dotati di una "personalità dura" che agisce da tampone⁵⁴. La situazione dell'oncologo è però diversa da quella di altri specialisti.

Ciò per la frequente incertezza su decisioni terapeutiche, l'impatto frequente con la morte di pazienti, alcuni seguiti per lunghi anni, la gravità di decisioni come sospendere terapie di supporto, con tutte le ambiguità me-

diche, sociali ed etiche correlate. È difficile e doloroso discutere questi problemi con i pazienti e le loro famiglie. Ulteriore peso ha la coscienza dei probabili effetti collaterali delle cure che il paziente accetta in rapporto ad una aspettativa di successo che l'oncologo sa spesso non realistica.

Quello che stupisce non è il riscontro di sintomi di stress ma quanto bene i medici riescano a reagire. Probabilmente l'incidenza di disturbi psichiatrici seri è sottostimata. Negli Stati Uniti si suicidano 100 medici all'anno e si calcola che l'alcoolismo si manifesti nel 10% dei casi e l'assuefazione a droghe o psicofarmaci nel 3%. Non ci sono dati sugli oncologi ma è chiaro che si tratta di una categoria a rischio superiore alla media per depressione grave e altre alterazioni psichiche⁵⁵.

Al di là delle franche manifestazioni patologiche, che appaiono essere abbastanza rare nella realtà italiana, è ovvio che gli aggiustamenti necessari a mantenere l'equilibrio in una situazione a forte potenziale destabilizzante esigono il pagamento di un qualche prezzo.

L'insonnia è esageratamente frequente, così come la tendenza all'eccesso di impegno professionale, anche non correlato a motivazioni economiche. Frequenti le modificazioni del carattere, con accentuazione o comparsa di introversione, manifestazioni di cancerofobia. Frequentissimo è il senso di frustrazione che si riflette talvolta in non altrimenti giustificata aggressività terapeutica.

Ci sono, fortunatamente, anche riscontri positivi, e non di poco peso. Il rapporto particolarmente intenso con il paziente è fonte di grande ricchezza interiore, consente di individuare una più corretta scala di valori morali, aiuta a raggiungere una certa dose di fatalismo non rinunciatario.

In buona sostanza possiamo ritenere che la professione dell'oncologo sia definibile ad alto rischio per la qualità di vita del medesimo ma a fronte di un buon compenso. L'importante è non arrivare impreparati sotto il profilo psicologico. Compito fondamentale degli studi medici prima e delle Scuole di Specialità successivamente dovrebbe essere fornire ai medici gli strumenti per ben operare anche sotto questo profilo senza eccessive difficoltà personali.

Una possibile chiave di lettura

Da quanto esposto sinora si comprende che individuare il giusto comportamento del medico riguardo la comunicazione di diagnosi e prognosi di cancro non è facile rivolgendosi ai testi medici e legali né ai dettami deontologici né alla religione.

Le " Regole" danno indicazioni di principio ma allo stesso tempo tracciano percorsi alternativi che, pur tutelando il medico in linea di massima sul piano legale e della morale corrente, in pratica lo rendono unico arbitro del problema. In realtà egli rimane solo con la propria coscienza.

Di fronte a questo tipo di implicazioni appare difficile far rientrare il problema nell'ambito dei compiti istituzionali della professione ed ognuno è chiamato ad affrontarlo come meglio può. Alcuni lo risolvono evitandolo, il che può avvenire sia dicendo tutto che non dicendo nulla. L'alternativa è quella della comunicazione mediata attraverso il proprio giudizio di cosa e quanto sia giusto, volta

per volta e caso per caso, ma ciò può avvenire solo attraverso una partecipazione diretta e ripetuta, che generalmente richiede un prezzo personale.

I suggerimenti in proposito sono vari e talvolta fantasiosi, dalla partecipazione a gruppi Balint all'importanza di una vita personale di buona qualità badando a mantenere il contatto con il mondo extra-professionale, coltivando hobbies e buone letture non mediche, mantenendo ad ogni costo spazi per il proprio privato^{56,57}.

Dire se questo coinvolgimento personale, nell'ambito di una professione che oggi si vuole sempre più scientifica e tecnica, sia giusto, è difficile. La scelta non può essere che individuale. Personalmente concordo con chi afferma che all'uomo si confà non sfuggire un percorso più faticoso⁴⁴ ed attenersi al concetto di "qualità" come criterio di selezione dei fatti buoni^{58,59}. La prassi è spesso difforme dalla Legge e comunque dolorosa. La decisione è profondamente intima ma penalmente rilevante.

Ad ognuno quindi la libertà e la responsabilità di definire cosa si voglia intendere per "qualità", dei pensieri e delle azioni.

Bibliografia

- 1.M.G.Levi: Dizionario Economico delle Scienze mediche, Vol.II: 632-637. G. Antonelli ed.,Venezia, 1852
- 2.Sontag S: Illness as Metaphor. New York, Farrar, Strauss Giroux, 1977
- 3.Tolstoy L: The death of Ivan Illych. In Maude L, Maude A (eds): Great Short Works of Leo Tolstoy, pp 247-302. New York, Harper & Row, 1967
- 4.Holland JC, Marchini A, Tross S: An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. Cancer Invest 5:151-154, 1987
- 5.Tarabocchia G., Milani S., Mustacchi G. e Cusin S.: La communication du diagnostic aux cancéreux: une, étude préliminaire. Psychologie Médicale, 15,9: 1509-1511, 1983.
- 6.Holland JC, Rowland J Eds: Psycho-oncology: the Psychological Care of the Patient with Cancer. New York, Oxford University press, 1990.
- 7.Andreucci V.: L'informazione del paziente oncologico: aspetti giuridici, consenso informato. XIII Corso AIOM di Aggiornamento in Oncologia Medica, Vol.II:121-129, Amadori D. e Ravaioli A. Eds, Editoriale Studio ER Congressi, Bologna, 1990
- 8.Sgreccia E.: Analyse des fiches représentatives des problèmes qui se posent au médecin dans l'exercice de ses fonctions par rapport aux textes juridiques, déontologiques et des morales. In Le médecin face aux droits de l'homme,pp 1415-1474. Int Institute for Human Right Studies, CEDAM Eds, Padova, 1990
- 9.Perico G.: Il diritto del malato a sapere. Aggiornamenti sociali: 171-180, marzo 1983
- 10.Pio XII: AAS 44: 784 e segg, 1952
- 11.Pio XII: AAS 46: 591, 1954
- 12.Caffarra C.: La doctrine catholique et l'exercice de la médecine. In Le médecin face aux droits de l'homme,pp 990-1002. Int Institute for Human Right Studies, CEDAM Eds, Padova, 1990
- 13.Deut,4,3

14. Orah Hayym, 173,2
15. Rabbi Emden, detto Yaavetz, in Orah Hayym, par 328
16. Ex 23,7
17. Talmud, Moed Qatan 26b
18. Midrach Qoheleth, 5,6
19. Libro dei Re II, Cap 8, 7-10
20. Choulhan'Arouch, Yorè Dè'ah 335,7
21. Rabbi Guigui A.: Inventaire des textes de la morale juive et analyse des fiches représentatives des problèmes qui se posent au médecin dans l'exercice de ses fonctions par rapport aux textes de la morale juive. In *Le médecin face aux droits de l'homme*, pp 1021-1248. Int Institute for Human Right Studies, CEDAM Eds, Padova, 1990
22. Deut 29,12
23. Dariusch Atighetchi. *Islam, Musulmani e Bioetica*. Armando editore, Roma, 2002, pag 194-198
24. Coelho G, Hamburg D, Adams J: *Coping and Adaptation*. New York, Basic Books, 1974
25. Scott DW: Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy. *Nurs Res* 32:24-29, 1983
26. Hamburg D: Toward a conjunction of biomedical and behavioral sciences. In Williams RB Jr (ed): *Perspectives on Behavioral Medicine*, vol 2. Neuroendocrine Control and Behavior, pp 1-22. New York, Academic Press, 1985
27. Weisman AD, Worden JW: The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 7:1-17, 1976
28. Tross S: Psychological sequelae in cancer survivors. In Holland JC, Rowland JH (eds): *Psycho-oncology: The Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1990
29. Cella DF, Pratt A, Holland JC: Persistent anticipatory nausea, vomiting, and anxiety in cured Hodgkin's disease patients after completion of chemotherapy. *Am J Psychiatry* 143:641-643, 1986
30. Bukberg J, Penman D, Holland JC: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 46:199-212, 1984
31. Weisman AD: *Coping with Cancer*. New York, McGraw-Hill, 1979
32. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249:751-757, 1983
33. Breitbart W: Suicide in cancer patients. In Holland JC, Rowland JH (eds): *Psycho-oncology: The Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1990
34. Boulund C.: Suicide and Cancer: demographic and social characteristics of cancer patients who committed suicide in Sweden, 1973-1976. *J of Psychological Oncology*, 3 (1): 17-29, 1985
35. Oken D: What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *Jama* 175:1120-1128, 1961
36. Novack DH, Plumer R, Smith RL et al: Changes in Physicians' attitudes toward Telling the cancer patient. *Jama*, 241,9:897-900, 1979
37. Greenwald HP and Nevitt MC. Physician attitudes toward communication with cancer patients. *Social Science and Medicine*, 16:591-594, 1982
38. Blanchard CG, Ruckdeschel JC, Blanchard EB et al. Interactions between oncologists and patients during rounds. *annals of Internal Medicine*, 99:694-699, 1983.
39. Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: Issues and update. *J of Clin Oncol*, 2(8), 1984
40. Pfefferbaum B, Levenson P and Van Eys J. Comparison of physician and patient perceptions of communication issues. *Southern Medical J*, 75:1080-1083, 1982
41. Brewin TB. The cancer patient: communication and morale. *Br Med J*, ii: 1623-27, 1977
42. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton Smith K and March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92:832-836, 1980
43. Bloom JR, Ross RD and Burnell G. The effect of social support on patient adjustment after breast surgery. *Patient Counseling & Health Education*, 1(2): 50-59, 1978
44. Kesey K.: *Qualcuno volò sul nido del cuculo*. Rizzoli Ed pag 309, Milano 1976.
45. Northouse PG and Northouse LL. Communication and cancer. issues confronting patients, health professionals, and family members. *J of Psychosocial oncology*, 5 (3):17-46, 1987
46. Menninger K.. Academic lecture given at the 115th annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, 1959
47. Holland JC. Psychological management of cancer patients and their families. *Practical Psychology*, 9,14-18, 1977
48. Baile WF and Beale EA. Giving bad news to cancer Patients: matching process and content. *J Clin Oncol* 19 (9): 2575-2577, 2001
49. Back AL. Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Int Med*, 138(5): 439-444, 2003
50. Dunphy JE. On caring for the patient with cancer. *New Engl J of Med*, 295:313-319, 1976
51. Mount BM: Dealing with our losses. *J Clin Oncol* 4:1127-1134, 1986
52. Meier DE, Back AL and Morrison RS. The inner life of Physicians and care of the seriously ill. *JAMA*, 286 (23): 3007-14, 2001
53. Lederberg MS: Psychological problems of staff and their management. In Holland JC, Rowland JH (eds): *Psycho-oncology: The Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1990
54. Penman D, Holland JC, Bahna G et al: Informed consent for investigational chemotherapy: Patients' and physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2:849-855, 1984
55. Kobasa SC, Puccetti MD: Personality and social resources in stress-resistance. *J Pers Soc Psychol* 45:839-850, 1983
56. Lederberg M.S., Holland J.C. and Massie M.J.: Psychological aspects of Patients with Cancer. In De Vita, Hellman and Rosenberg(eds), 3rd ed. Ch 61:2202-2203, Lippincott, Philadelphia, 1989
57. Fiorentino MV, Capovilla ED. *Problemi psicologici nel paziente neoplastico. Le terapie di supporto in Oncologia*, Vol.1 No 5, 1991
58. Kundera M.: *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Adelphi Ed. pp 13-14, pp 40-41, Milano, 1985.
59. Pirsig R.M.: *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta*. Adelphi Ed., pp 214-217, pp 275-277; Milano, 1981

Note bibliografiche:

13. "... l'animale sorpreso sull'albero e colpito e fatto precipitare mentre i cani lo azzannano, quando in ultimo non si cura più di niente tranne che di se stesso e della propria morte..."

43. Ken Kesey, "Qualcuno volò sul nido del cuculo", 43

14. "...Il fardello più pesante è allo stesso tempo l'immagine del più intenso compimento vitale....Al contrario, l'assenza assoluta di un fardello fa sì che l'uomo diventi più leggero dell'aria.....diventi solo a metà reale e i suoi movimenti siano tanto liberi quanto privi di significato....Che cosa dobbiamo scegliere allora? La pesantezza o la leggerezza?..."

"...la grandezza di un uomo risiede per noi nel fatto che egli porta il suo destino come Atlante portava sulle spalle la volta celeste. L'eroe beethoveniano è un sollevatore di pesi metafisici."

57. Milan Kundera, "L'insostenibile leggerezza dell'essere"

dott. Fulvio Costantinides

Ricercatore nel Dipartimento di Scienze
della Riproduzione e dello Sviluppo
e di Scienze di Medicina pubblica
dell'Università di Trieste

Realtà biologica e concetto giuridico della morte

Mille modi per uccidere o mille modi anche per morire? Questo quesito, tratto dal titolo di un libro¹⁵, anima il ragionamento che verremo a fare per cercare di rispondere ad esso.

In ambito biologico la morte (dal latino *mors*) può essere definita, in negativo, come la permanente cessazione di tutte le funzioni vitali dell'essere vivente, cioè dell'organismo vivente: la fine della vita. Ma determinare quando una permanente cessazione di tutte le funzioni vitali sia avvenuta, non è semplice. La definizione si è evoluta nel tempo insieme ai cambiamenti culturali, religiosi e scientifici.

La morte viene sempre considerata come un processo: con la locuzione "morte biologica" ci si riferisce alla conclusione di tale processo in riferimento ad un organismo vivente, ovvero alla dissoluzione dell'organismo stesso.

La morte, intesa come morte individuale, non deve essere confusa con la morte (o estinzione) di una intera specie. Dal punto di vista evolutivo, anzi, la morte individuale è una conseguenza ed una necessità contenuta nel concetto di evoluzione.

Dice il noto etologo Danilo Mainardi: "Il senso biologico della vita, se un senso c'è, consiste nel mantenimento della vita stessa, e tale mantenimento viene ottenuto con un continuo ricambio, sostituzione, evoluzione, degli individui. L'individuo, ogni individuo, non è che un limitato segmento di una lunghissima trama che si muove e si evolve nello spazio e nel tempo.

In tale processo, inoltre, interviene anche il sesso, inteso come modalità riproduttiva affidata ad individui di sesso maschile e femminile che si accoppiano. La ricombinazione del patrimonio genetico che avviene durante la riproduzione sessuale è in grado di introdurre innovazioni che accelerano il processo evolutivo immaginato da Charles Darwin per tutte le specie viventi."

Il concetto di morte ha una lunga storia di definizioni errate durante la quale l'attenzione si è spostata dal respiro al cervello, per poi passare alla definizione dei criteri per parlare di morte ed alla loro conferma: si passa da un problema tecnico ad un problema giuridico, dal concetto

di una morte sola e due modi di morire al concetto di una morte sola (un modo per morire) e due modi di accertarla.

In termini definitori di morte, nella storia si passò da quello di esalazione dell'ultimo respiro a quello di cessazione del respiro il che portava alla decomposizione dei tessuti organici, con il che la morte era certa.

In termini diagnostici, rammentando il termine "tafofobia" ovvero la paura di essere sepolti vivi, nel VII secolo, il medico romano Aulo Cornelio Celso (14 a.C - 37 d.C) così scriveva: "Democrito¹⁶, un uomo di ben meritata celebrità, ha dichiarato che, in realtà, non c'è nessuna sufficientemente certa caratteristica della morte su cui il medico possa basarsi".

D'altra parte il Freschi¹⁷, professore di Medicina Legale nella Regia Università di Genova, scriveva che "... gli antichi legislatori pure vollero stabilire un tempo, prima del quale non potesse aver luogo la sepoltura dei morti... le leggi egiziane proibivano la inumazione prima dei quattro giorni dalla morte; e quelle dei Persiani allora soltanto la permettevano quando per l'odore della putrefazione venivano gli augelli di rapina adescati a divorare i cadaveri. Anche i Chinesi usano di lasciar scorrere tre dì dopo la morte ...".

M. Montgomery, impresario di pompe funebri, facendo rapporto sull'evacuazione del Cimitero di Fort Randall (dismesso nel 1896, sito nel South Dakota, luogo ove per due anni fu prigioniero Toro Seduto), evacuazione che aveva supervisionato, dichiarava (1906) che quasi il 2% dei cadaveri esumati erano stati sepolti vivi¹⁸.

Allo scopo di evitare questo macabro evento, già alla fine del Settecento, l'anatomista danese Jean Jacques Bénéigne Winslow (1669-1760), autore della tesi "Morte incertae signa", aveva enunciato tutta una serie di riscontri possibili da attuare sul presunto cadavere affinché la diagnosi di morte fosse certa. Fra questi, ve ne erano di molto curiosi come ad esempio "versare aceto e sale o urina calda nella bocca", "mettere insetti nelle orecchie", o "tagliare le piante dei piedi con delle lamette".

Molta gente, nel XIX secolo, allarmata dalla frequenza dei casi di sepolture premature, richiese, come parte delle ultime cerimonie, che fossero praticate ferite o mutilazioni per assicurarsi che non si sarebbero svegliati e l'imbalsamazione ricevette un considerevole impeto a causa della paura di una sepoltura prematura. Ancora negli anni '80 non era rara la richiesta di pungere il cuore o similare pratica portata agli anatomo-patologi triestini.

Si arrivò in passato anche al punto di installare campane all'interno delle bare, nel caso il sepolto si fosse risvegliato.

Il conte Michele de Karnice-Karnicki, ciambellano dello Zar, a Varsavia, nel 1896, restò turbato da un caso di morte apparente ed inventò una bara, poi nota come "La Karnice". Per le sue bare diffondeva questo messaggio pubblicitario: "Willst du dich in deinem Sarg sicher fühlen?" ovvero: "Vuoi sentirti sicuro nella tua bara?". Le sue bare erano dotate di campanellino e di un complicato sistema di bandiere-segnale ed apertura automatica del coperchio.

L'invenzione ebbe vita breve poiché, in un collaudo all'estero, un assistente rischiò di essere sepolto vivo per un mal funzionamento. A Milano un tal Lorenzo Faroppa, di

anni 78, si fece seppellire volontariamente dal 17 al 26 dicembre 1898, per passare il Natale da solo. Una volta uscito si lamentò solo dell'odore!

Con Marie François Xavier Bichat (chirurgo e fisiologo francese 1771-1802) si introduce la cosiddetta "triade del Bichat" ben nota ai medici legali. L'organismo vivente è un tripode, tenuto in piedi dalla triplice, integrale base di sostegno (tripode vitale). Le tre funzioni principali (respiratoria, cardiaca e nervosa) sono interdipendenti e coordinate, per cui basta l'arresto di una per il crollo delle altre e la fine della vita. In pratica a seconda della funzione prima ad arrestarsi, avremo una morte cerebrale oppure cardiaca oppure respiratoria.

Ed ancora, si scriveva nel 1839, che "I dubbi che provengono dai seppellimenti frettolosi d'è cadaveri sono senza dubbio da considerarsi attentamente da un legislatore onde porvi riparo. L'immortale imperatrice Maria Teresa d'Austria, in fatti colla veramente umanissima sua legge, che proibiva il seppellimento delle persone morte prima che non fossero scorse quarantotto ore dal decesso, tendeva alla conservazione della specie umana, preservandola dal più terribile infortunio, d'essere cioè sepolta viva"¹⁹.

Prima di procedere nel nostro ragionamento è il caso di rammentare che la morte ha molti effetti ai quali spesso non si pensa ovvero civili (p. es. la successione mortis causa), penali (p. es. delitti contro la pietà dei defunti, referto, denuncia di reato, ecc.), amministrativo-sanitari (Regolamento di Polizia Mortuaria D. P. R. 10 settembre 1990, n. 285, ecc.), deontologici (p. es. il segreto professionale, che permane oltre alla morte dell'assistito).

Ed ancora, esistono una morte naturale (indipendente da cause esteriori), una morte violenta (cause che agiscono sull'organismo dall'esterno) oppure una morte sospetta (origine non chiara, specie nelle morti improvvise), con importanza medica ma anche, come detto, legale (estinzione della capacità giuridica: attitudine ed essere titolari di diritti e di doveri, che si acquisisce alla nascita ex art. 1 c.c., ecc.). Vi è un concetto di morte strettamente legato a quello di vita: è in negativo la privazione della vita che, solo in apparenza, sembra portare a ritenere esservi più tipi di morte.

Dal punto di vista meramente biologico la morte dovrebbe considerarsi più un processo che un fatto istantaneo. Si parla infatti di morte clinica (assenza delle manifestazioni vitali ed impossibilità alla loro ripresa) e morte legale come pure di morte relativa (è possibile ancora richiamare in vita il soggetto), di morte intermedia (persistono solo attività biologiche elementari) e di morte assoluta (cessano anche le attività cellulari residue), poi inizia la distruzione del cadavere.

Sembra sempre che, in apparenza, vi siano più tipi di morte, cui si aggiunge un altro problema che sembra essere un altro tipo di morte.

Si parla, ancora oggi, di "morte apparente": si tratta in realtà della "vita minima", che è vita e non morte. Infatti se persiste il riflesso fotomotore, anche a pupille midriatiche, vi è ossigenazione cerebrale e quindi si deve cercare di rianimare il soggetto. L'evento, osservato anche da chi scrive, si verifica in situazioni in cui l'acronimo AEIOU permette di rammentare tale non tanto remota

possibilità (A: alcolismo, anemia, anossia; E: elettricità; I: injury (trauma cranio-encefalico); O: oppiacei ed altri veleni; U: uremia).

Non per nulla esistono, a norma del vigente Regolamento di Polizia Mortuaria del 1990, un ben definito periodo di osservazione dei cadaveri ed un medico necroscopo che, entro termini temporali ben determinati, deve accertare la realtà della morte di un individuo.

D'altra parte si deve anche rammentare che sono ben noti fenomeni di vita residua che però non sono vita in termini di esistenza della persona e che sono possibili, anche dopo cessazione definitiva dell'attività cardio-respiratoria, da parte di singole cellule. Infatti a livello cardiaco vi è eccitabilità miocardica per anche due ore, per la muscolatura striata vi è eccitabilità per 5-10 ore, gli spermatozoi restano vivi per 24-48 ore, le cellule corticali cerebrali sopravvivono 5-15 minuti ed i centri bulbari fino a 30 minuti.

Appare quindi evidente come appaia di primaria importanza definire il momento del decesso ovvero il momento in cui vi sono la fine e la dissoluzione irreversibile dell'individuo inteso come unità organizzata. È momento che, come già accennato, ha anche valore giuridico (vedi la legislazione sui prelievi d'organo. ecc.).

Comunque lo si accerti (clinico, medico necroscopo, commissione espianti) il decesso deve rappresentare un evento dal significato ben preciso, inequivoco ed indiscutibile (e spetta solo ed esclusivamente al medico dire quando avviene ed accertarne la realtà).

Possiamo già iniziare ad intuire come non si debba parlare di una morte cardiaca contrapposta ad morte cerebrale: l'accertamento tecnico di morte può comunque avvenire due criteri ma la morte è comunque unica. Il medico può accertarla attraverso l'ECG (criterio cardiologico), con indiretta deduzione della morte cerebrale per assenza di flusso ematico, oppure esplorando direttamente le funzioni encefaliche (criterio neurologico, che si applica, con ferree regole e rigorose procedure, ai prelievi d'organo a scopo di trapianto terapeutico).

Con la legge 29/12/1993, n. 578 ("Norme per l'accertamento e la certificazione di morte") la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, ufficializzando il concetto unitario di morte, accertabile con criteri cardiaci, neurologici.

Un individuo è morto quando vi è cessazione irreversibile e definitiva delle funzioni respiratoria e circolatoria si da determinare la cessazione irreversibile delle funzioni dell'intero encefalo compreso il tronco (assenza riflesso pupillare alla luce, del riflesso corneale, ecc.).

Una volta accertata (anche con elettrocardiogramma per non meno di 20 minuti posto che l'assenza di attività cardiaca per tale tempo comporta il danno encefalico irreversibile) in tal modo la "unica" morte, il cadavere può essere traslato in obitorio per il riscontro diagnostico, l'autopsia, il funerale, la cremazione (pur sottostando comunque il defunto alla "prudenziale visita del medico necroscopo) oppure, se cadavere "a cuore battente" come accertato con le norme sui prelievi d'organo, in sala operatoria per il prelievo degli organi giudicati idonei a scopo di trapianto terapeutico, una volta espletate tutte le procedure relative al consenso e valutata l'idoneità degli organi da prelevare.

Come esiste una semeiotica clinica sul vivente così esiste, pur se invero molto meno nota, una vera e propria semeiotica, medico-legale, del cadavere rappresentata dall'accertamento della morte, dalla ispezione o esame esterno del cadavere, dal riscontro diagnostico (dissezione cadaverica richiesta in sede clinica per chiarire dubbi o quesiti clinici), dall'autopsia (dissezione richiesta in sede giudiziaria per rispondere agli specifici quesiti posti dal Magistrato).

Comunque anche il cadavere può essere fonte di responsabilità penali e non solo per il medico: basti pensare ai delitti contro la pietà dei defunti art. 410 c.p.: vilipendio di cadavere ovvero l'art. 411 c.p. (distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere), l'art. 412 c.p. (occultamento di cadavere) e l'art. 413 c.p. (uso illegittimo di cadavere).

In relazione alla morte ed alla constatazione di decesso prevede il vigente Testo Unico delle Leggi Sanitarie (R. D. 27 luglio 1934, n.1265 e successive modificazioni ed integrazioni), all'art. 103. che: "Gli esercenti la professione di medico-chirurgo, oltre a quanto è prescritto da altre disposizioni di legge, sono obbligati: a) a denunciare al Sindaco le cause di morte entro 24 ore dall'accertamento del decesso ... La denuncia ... non esime il sanitario dall'obbligo del referto ...".

Si pone quindi il problema della necessità di constatare formalmente l'avvenuto decesso di una persona e ciò il medico (e solo lui) pone in essere redigendo un certificato di constatazione di morte (Recte: constatazione o diagnosi di "decesso", di cessazione della vita) anche se non ancora capace di produrre effetti giuridici (lo fa poi invece l'accertamento di "morte" da parte del medico necroscopo). È un certificato obbligatorio (scrittura privata) diretto all'Autorità amministrativa e che redige il medico che interviene per primo a constatare l'exitus.

Si tratta di una dichiarazione scritta rilasciata dal sanitario chiamato a verificare la dipartita di un individuo. Non ha precisa ed autonoma collocazione giuridica per cui è in forma libera e soggiace alle consuete e ben note regole generali della certificazione sanitaria ("attestazione dei fatti per i quali l'atto è destinato a provare la verità"), con dignità culturale e scientifica, correttezza formale e requisiti medico-legali.

Si tratta comunque di un atto non pubblico (come lo è invece il certificato redatto dal medico necroscopo) e non è previsto da alcuna specifica norma, pur potendo esso essere richiesto dai familiari come dalla Polizia Giudiziaria. Ha rilevanza giuridica ed amministrativa ma solo come dichiarazione scientifica ("acclaramento") di un fatto, obbligatoria per il dovere di certificare quando è stato osservato. Serve ad attestare la cessazione delle funzioni vitali e l'inefficacia delle eventuali manovre rianimatorie ed è destinato ad informare l'Ufficiale dello Stato Civile dell'avvenuto decesso di una persona nel territorio di sua competenza.

Si tratta di atto che richiede sempre e comunque una visita del cadavere da parte del medico stesso altrimenti potrebbe integrarsi il reato di falsità ideologica in certificati commessi da pubblico ufficiale o da un esercente un servizio di pubblica necessità. Considerando le note possibili qualifiche giuridiche del medico potrebbero in teoria anche integrarsi reati quali il falso materiale in scrittura

privata oppure commesso da pubblico ufficiale in certificazioni.

È atto che deve sempre contenere luogo, data ed ora della constatazione (con ora che può coincidere con l'ora della morte se il decesso è avvenuto in presenza del medico), data ed ora della morte dichiarata dai familiari, generalità del defunto (identificato con un documento o riconosciuto da identificati testimoni, salvo che il defunto non fosse personalmente conosciuto dal sanitario), sommarie notizie anamnestiche, fenomeni cadaverici, elementare obiettività traumatologica, eventuale orientamento sulle cause (naturale o violenta) della morte. Non sono richiesti accertamenti approfonditi sull'epoca e le cause del decesso.

Per accertare la morte il medico deve attenersi alle regole tecniche della semeiotica tanatologica e deve tenere presenti le disposizioni di legge in materia di decessi.

Scopi per i quali si effettua la diagnosi di morte sono:

- **clinici:** Questa diagnosi compete al medico curante quando il decesso della persona assistita è avvenuto nel proprio domicilio o in ospedale, per rendere edotti della morte i familiari. Serve inoltre per cessare il trattamento terapeutico ed ogni altra forma di assistenza clinica, per autorizzare il trasporto della salma alle sale mortuarie, per richiedere ed effettuare il riscontro diagnostico, per adottare eventuali provvedimenti igienici in caso di morte da malattia contagiosa. In caso di incidente stradale o altro fatto delittuoso l'accertamento è necessario per decidere se la vittima è solo apparentemente inanimata e deve essere trasportata in ospedale, oppure se già cadavere non può essere rimossa come ogni altro corpo di reato (art. 253 c.p.p.). Ci si basa su mancanza di respiro, assenza di polso e di battito cardiaco, assenza del riflesso corneale, fissità delle pupille alla luce.

- **legali:** Serve per la denuncia al sindaco delle cause di morte e per la dichiarazione della morte all'ufficiale di stato civile onde registrare il decesso ed autorizzare la sepoltura della salma. La dichiarazione della morte legale comporta tutte le conseguenze giuridiche che derivano dall'estinzione della persona fisica: successioni, trapasso di proprietà, modifica dello stato civile del coniuge, reversibilità o rendite ad aventi diritto ecc. Interviene il medico necroscopo fra le 15 e le 30 ore dal decesso per accertarne la realtà della morte (ed evitare possibili morti apparenti).

- **a scopo di espianto:** la normativa sull'espianto degli organi detta le norme legali per l'accertamento della morte cardiaca o cerebrale, effettuato da collegi medici appositi, allo scopo di prelevare in tempo utile le parti da trapiantare.

Comunque, a prescindere dagli scopi, come diremo si dovrà focalizzare l'attenzione sull'analisi delle funzioni encefaliche.

Appare comunque indispensabile, in questa fase, rammentare che la tempestività dell'accertamento è importante sotto il profilo tanatologico potendosi p. es. notare elementi patologici o traumatici che potrebbero essere poco evidenti con l'evolvere dei fenomeni post mortali. Ed ancora sulla base dell'orario certificato, vengono stabiliti sia il periodo di osservazione del cadavere che l'intervento del necroscopo, di cui si dirà fra poco.

La constatazione di decesso può considerarsi l'estensione ultima delle facoltà diagnostiche del medico ed è cosa ben diversa dal certificato di realtà della morte redatto dal necroscopo (che è una "certazione" o dichiarazione di certezza per cui il fatto assume rilevanza giuridica) e dalla denuncia di cause di morte (scheda ISTAT).

A scanso di possibilità, non solo teoriche neanche in tempi moderni, di morti apparenti, ex art. 8 del vigente Regolamento di Polizia Mortuaria del 1990 un cadavere non può essere chiuso in cassa, sottoposto ad autopsia, conservato in cella frigorifera, inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione e maciullamento e salvo quelli nei quali il medico necroscopo (non prima di 15 e non oltre 30 ore dal decesso) avrà accertato la morte.

Il cadavere deve essere quindi posto, periodo di osservazione, in condizioni tali che non si ostacolino eventuali manifestazioni di vita (art. 11), durante detto periodo deve essere assicurata la sorveglianza (art. 12), ed il suo trasporto dei cadaveri prima dello scadere del periodo di osservazione deve avvenire, ex art. 17, in condizioni tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita (ed il sanitario constatante il decesso può essere richiesto di attestare che il cadavere può essere trasportato in tali condizioni).

Una procedura burocratica diversa è invece il cosiddetto "avviso di morte" che non è un atto medico bensì una procedura amministrativa prevista dall'ordinamento sullo Stato Civile (art. 72 del DPR 3/11/2000: dichiarazione di morte). Tale procedura prevede che la "dichiarazione di morte" deve essere fatta entro 24 ore dal decesso all'ufficiale dello Stato Civile del luogo da uno dei congiunti o da persona convivente del defunto o da un loro delegato o, in mancanza, da persona informata dal decesso o, ancora (e più semplicemente) dal personale delle imprese di onoranze funebri.

Si tratta di una dichiarazione con la quale si determina soggetto rende noto alla Pubblica Amministrazione un fatto che già in concreto esisteva ma che da quello non era conosciuto.

In caso di morte in un ospedale, collegio, istituto o stabilimento qualsiasi, il direttore o chi ne è da lui delegato, deve trasmettere, nel termine di cui si è detto, "avviso di morte", contenente le generalità del defunto, data, luogo ed ora della morte e dati anagrafici ma non le cause del decesso.

A mezzo di tale atto giuridico-amministrativo e del successivo atto sanitario (il certificato necroscopico), verrà a formarsi uno speciale atto dello Stato Civile che è noto come "atto di morte", un atto dotato di efficacia erga omnes e che non può essere eliminato se non per opera del giudice.

Ex art. 73 del citato DPR 3/11/2000 l'atto di morte deve obbligatoriamente contenere il luogo, il giorno e l'ora della morte nonché il nome e cognome, l'età, il luogo di nascita, la professione ed il luogo di residenza del defunto. ed altro ma non è previsto che l'atto in sé debba contenere le cause della morte.

Precisazioni sono state fornite anche dalla Circolare n. 24 dell'allora Ministero della Sanità, datata 24 giugno

1993, esplicitiva del Regolamento di Polizia Mortuaria e che meglio precisa i casi di decesso senza assistenza medica, la dichiarazione di morte, i compiti del medico necroscopo (periodo di osservazione, tempi della visita del cadavere), funzione dei depositi di osservazione ed altro ancora.

Ciò detto, appare necessario fare qualche breve cenno su che cosa effettivamente sia lo "Stato Civile"²⁰. Esso indica la posizione giuridica spettante a ciascuna persona fisica nell'ambito della famiglia e della comunità ed è costituito dalla nascita, dalla cittadinanza, dal matrimonio e dalla morte. Un tanto risulta da appositi registri pubblici tenuti in ogni Comune dall'Ufficiale dello Stato Civile (il sindaco o persone da lui delegate: segretari comunali e dipendenti comunali a tempo indeterminato mentre assessori e consiglieri comunali possono ricevere sola la delega per celebrare matrimoni e ricevere il giuramento relativo all'acquisto della cittadinanza italiana).

Normative in merito sono contenute negli articoli 449-455 del Codice Civile²¹ e nel R. D. 9 settembre 1939, n. 1238, e successive integrazioni e modificazioni (fra cui rientra il già citato in nota DPR 396/2000). Da rammentare che, ex art. 451 del codice civile, gli atti dello stato civile fanno prova, fino a querela di falso, di ciò che l'ufficiale pubblico attesta essere avvenuto alla sua presenza o da lui compiuto e che, ex art. 453 c.c., nessuna annotazione può essere fatta su un atto già iscritto nei registri se non è disposta per legge ovvero non è ordinata dall'autorità giudiziaria,

Con una circolare del Ministero degli Interni (2/2001) le competenze in materia di Stato Civile sono passate dal Ministero della Giustizia al Ministero degli Interni, con vigilanza attribuita alle Prefetture. Fra l'altro si prevede che il direttore sanitario, o colui che è stato delegato dall'amministrazione, è equiparato, ai fini dell'accertamento della morte, al medico necroscopo.

Da rammentare ancora, per altro in termini generali (e che ben può riferirsi ad ogni atto pubblico di origine sanitaria), come, ex art. 7 del Testo Unito 15/12/2000 sulla semplificazione amministrativa, "Il testo degli atti pubblici, comunque redatti, non deve contenere lacune, aggiunte, abbreviazioni, correzioni, alterazioni o abrasioni. Sono ammesse abbreviazioni, acronimi, ed espressioni di lingua straniera di uso comune. Qualora risulti necessario apportare variazioni nel testo, si procede in modo che la precedente stesura risulti leggibile.". Tornando all'Ordinamento sullo Stato Civile, l'art. 74 (Titolo IX Della registrazione degli atti di morte) recita: "Non si può far luogo ad inumazione o tumulazione di un cadavere senza la preventiva autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile ... L'ufficiale dello stato civile non può accordare l'autorizzazione se non sono trascorse 24 ore dalla morte, salvo i casi espressi in regolamenti speciali, e dopo che egli si è accertato della morte medesima per mezzo di un medico necroscopo o di un altro delegato sanitario; questi deve rilasciare un certificato scritto della visita fatta nel quale, se del caso, deve indicare la esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte sospetta. Il certificato è annotato negli archivi di cui all'art. 10 (Archivio Informativo N. d. A.)".

Abbiamo quindi introdotto la figura, già accennata, del "medico necroscopo" ma prima di approfondire i suoi

pure già accennati compiti, ben diversi da una constatazione di decesso, bisogna fare qualche cenno al vigente Regolamento di Polizia Mortuaria di cui al D.P. R. 10/9/1990, n. 285.

Detto regolamento comprende 22 capitoli con 108 articoli che regolano, fra l'altro, la disciplina delle autopsie e dei riscontri diagnostici, contiene disposizioni relative al trasporto delle salme ed alla cremazione ed imbalsamazione nonché disciplina le competenze del Comune e delle Aziende Sanitarie in materia di accertamento della morte, di esumazioni ed estumulazioni. Sono contenute altresì norme relative ai servizi cimiteriali ed altro ancora.

Per quanto interessa l'art. 1 disciplina la denuncia delle cause di morte (che non è nè la constatazione di decesso nè l'avviso di morte nè il certificato del medico necroscopo).

L'art. 1.1 recita che "Fermo restando le disposizioni sulla dichiarazione e sull'avviso di morte da parte dei familiari ... i medici ... debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita, denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa."

Si tratta di un compito del medico curante e non si ritiene lo sia del sanitario che abbia assistito un paziente solo per pochi minuti e nulla conosce di lui dal punto di vista sanitario.

Ex art. 1.4. "Nel caso di decesso senza assistenza medica (cioè senza prestazione sanitaria continuativa, specie a fini terapeutici N.d.A²²), la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo di cui all'art. 4."

Ex art. 1.5 del Regolamento di Polizia Mortuaria "L'obbligo della denuncia delle cause di morte è fatto anche ai medici incaricati di eseguire autopsia disposte dall'autorità giudiziaria o per riscontro diagnostico."

Ed ancora, ex art. 1.6, "La denuncia della causa di morte ... deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della sanità, d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica". Si tratta della ben nota scheda di morte ISTAT che, come recita l'art. 1.9, ha "esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche".

Detta denuncia sanitaria (ovvero un atto di informativa con cui l'autorità sanitaria può venire a conoscenza di fatti patologici non noti e che solo il medico può accertare), giusta causa di rivelazione di segreto professionale, è ben diversa dalla constatazione di decesso e dal certificato di effettuata visita della salma redatto dal medico necroscopo (vedi oltre) e deve essere posta in essere entro le 24 ore dal decesso con apposita scheda (ISTAT) da far pervenire al Sindaco (quale autorità sanitaria del Comune) del Comune in cui il decesso si è verificato (Comune che provvederà all'invio di copia della scheda sia alla locale Azienda Sanitaria che, a sua volta, provvederà all'invio di copia al Comune di residenza del deceduto, se diverso dal luogo del decesso).

Per altro il Sindaco, se da detta scheda (compilata o dal curante oppure dal necroscopo, ma solo se si tratta di decesso senza assistenza medica, oppure da chi effettua riscontri diagnostici) risulti o emerga il sospetto che la morte sia dovuta a reato, deve darne immediata comunicazione all'Autorità Giudiziaria e di "pubblica sicurezza". Ciò ha estrema importanza perchè porta a non autoriz-

zare una eventuale cremazione (per procedere alla quale è richiesta una formale esclusione di morte dovuta a reato) perdendo così in modo irreversibile eventuali elementi di prova.

Da rammentare ancora come i risultati dei riscontri diagnostici devono essere comunicati, dal direttore sanitario di ospedale o casa di cura, al Sindaco per l'eventuale correzione dell'atto di morte.

In merito vi sono da tener altresì presenti le precisazioni contenute nella Circolare del Ministero della Sanità 24 giugno 1993, n. 24 sull'assistenza medica e di cui in nota.

Le schede ISTAT sono di colore diverso per maschio e per femmina e sono diverse poi quelle per i deceduti entro il primo anno di vita. Esse hanno una parte sanitaria (compilata dal medico) ed una parte demografica (compilata dall'ufficiale dello stato civile) nonché una colonna per le cause naturali ed una colonna per le cause non naturali (violente), con ben indicato quanto bisogna compilare o barrare (fra cui i tempi di insorgenza delle patologie). Sul retro vi sono comunque le istruzioni per un uso corretto.

Si debbono compilare, nella morte per cause naturali, la causa iniziale di morte (malattia o trattamento che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte oppure l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che ha provocato la lesione traumatica mortale. Non si deve riportare un segno clinico oppure un sintomo ma una ben definita patologia), la causa intermedia e la causa finale di morte (sono da intendersi come dirette complicazioni della causa iniziale e vi deve essere un concatenamento logico fra esse e con la causa iniziale, senza incongruenze). La scheda contiene poi il campo "Altri stati morbosi rilevanti" che, pur non inquadrabili nel concatenamento precedente, abbiano contribuito (concause) al decesso.

Nella colonna per le morti da causa violenta (da specificare in termini di accidentale, suicidio, omicidio, infortunio sul lavoro) bisogna descriver le lesioni, precisare le malattie e complicazioni eventualmente sopravvenute conseguenti alla lesione, indicare gli stati morbosi preesistenti che hanno eventualmente contribuito al decesso, descrivere le modalità che hanno provocato le lesioni (impiccamento, caduta da una scala, ecc.), indicare l'intervallo di tempo fra lesioni e decesso, indicare ora, giorno, mese ed anno dell'evento lesivo, barrare la idonea indicazione del luogo dell'evento lesivo.

Se il sanitario che redige la scheda ISTAT non è in grado di individuare una causa intermedia o una causa terminale (in questo ultimo caso è corretto proporre all'Azienda Sanitaria un riscontro diagnostico, che non può essere però richiesto direttamente dal curante), si può omettere l'indicazione evitando cause possibili ma prive di riscontri obiettivi.

Il già più volte citato "medico necroscopo" è una figura sanitaria che, nel nostro ordinamento, compare nel 1880 allorchè si istituisce l'obbligo di una rilevazione statistica sulle cause di morte mediante la compilazione di una "scheda necrologica individuale". In realtà si tratta di una figura ben nota come "visitatore dei morti" ai tempi di Maria Teresa d'Asburgo e dell'impero austro-ungarico di cui Trieste ha fatto parte ma che era previsto anche dal-

l'allora Codice civile francese che prescriveva, all'art. 77, che non si potesse seppellire alcuno se non fossero trascorse almeno 24 ore dalla morte e dopo che l'ufficiale dello stato civile "siasse realmente assicurato della morte", con la "verificazione dei decessi" affidata a dei medici delegati²³.

In seguito il necroscopo è diventato il sanitario deputato ad accertare la morte in qualità di "ausiliario tecnico dell'ufficiale dello Stato Civile". Infatti non può darsi luogo alla sepoltura se non precede l'autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile e dopo che questo si sarà accertato della morte medesima per mezzo di un medico necroscopo il quale deve rilasciare un certificato (in forma scritta) della visita effettuata²⁴.

Le funzioni di medico necroscopo, come previste dall'Ordinamento sullo Stato Civile, sono esercitate, ex art. 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria, da un medico nominato dalla locale Azienda Sanitaria mentre negli ospedali tale funzione è svolta dal Direttore Sanitario o da medico da lui delegato (in genere l'anatomo-patologo), salvo i casi in cui si accerta la morte con le normative previste per i soggetti affetti da lesione encefalica e sottoposti a misure di rianimazione, in cui si seguono le normative relative al prelievo d'organi a scopo di trapianto terapeutico poichè in tal caso le funzioni di necroscopo sono svolte dal componente medico-legale della Commissione prevista dalla legge (vedi oltre).

Ex art. 4.3 i medici necroscopi dipendono dal responsabile del Servizio di Medicina Legale aziendale (la legge del 1990 parla del "coordinatore sanitario" anche per quanto attiene all'art. 365 c.p. (omissione di referto)).

In realtà essendo il necroscopo un pubblico ufficiale ci si dovrebbe riferire all'art. 361 c.p. sulla omessa denuncia di "ogni reato" di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni da parte di pubblico ufficiale ma il riferimento al 365 c.p. è stato intenzionalmente posto poichè esso prevede l'obbligo di denuncia ovvero di riferire "i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere di ufficio".

Ed ancora, ex art. 4.4 del Regolamento, "Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato previsto dall'art. 141 (dell'Ordinamento sullo Stato Civile N.d.A.)".

Detto "certificato necroscopico" deve contenere non solo la constatazione del decesso ma anche l'avvenuta visita esterna del cadavere²⁵. Un certificato necroscopico non veridico integra il reato di falsità ideologica commessa da Pubblico Ufficiale in atto pubblico, come lo è il certificato in questione, non rilasciabile mai prima delle 15 ore dal constatato decesso, certificato che "non ha funzione meramente narrativa, ma dà vita ad una situazione giuridica caratterizzata dall'attestazione del pubblico ufficiale di aver compiuto una precisa attività".

Come insegnato dalla Suprema Corte di Cassazione (Cass. Pen. sez. V, n. 6871 del 13/5/1998) il certificato di morte rilasciato dal necroscopo è un atto pubblico perchè è espressione della funzione attestatrice dell'accertamento diretto del sanitario ed ha, nel contempo, una funzione costitutiva, perchè preordinata la rilascio dell'autorizzazione alla sepoltura, autorizzazione che, a sua volta, è subordinata non solo all'accertamento della morte, ma anche alla verifica dell'inesistenza di condizioni che

potrebbero giustificare interventi dell'Autorità sanitaria oppure dell'Autorità giudiziaria.

Quello che è importante (lo si è già accennato in relazione all'importanza degli orari sulla constatazione di decesso) è che, ex art. 4.5 del Regolamento di Polizia Mortuaria, "La visita del medico necroscopo deve essere sempre effettuata **non prima di 15 ore** dal decesso, salvo i casi previsti dagli articoli 8, 9 e 10 e comunque **non dopo le 30 ore**"

A mente dell'art. 8 "Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere (per tale motivo esistono i depositi di osservazione. N.d. A.) nè essere inumato, tumulato, cremato, **prima che siano trascorse 24 ore** dal momento del decesso e salvo quelli nei quali il medico necroscopo avrà accertato la morte anche mediante l'ausilio di elettrocardiografo, la cui registrazione avrà durata **non inferiore a 20 minuti** primi, salvo le disposizioni ..." (N. d. A. ... di cui alle norme sugli espianti d'organo).

A mente dell'art. 11, "Durante il periodo di osservazione il corpo deve essere posto in condizioni tali che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita., in tal modo ponendo in essere una cronologia tale da evitare possibili morti apparenti, prolungandosi l'osservazione **fino a 48 ore** nelle morti improvvise o nei dubbi di morte apparente (salvo l'utilizzo di elettrocardiografo per almeno 20 minuti primi, ex art. 9 del Regolamento stesso).

È anche vero che, ai sensi dell'art. 10, il periodo di osservazione può essere ridotto ma solo se la morte sia dovuta ad una delle malattie infettivo-diffusive di cui a specifico decreto ministeriale oppure quando è iniziata la putrefazione (opportuno non bastano ipostasi, rigidità cadaverica e decremento termico²⁶) oppure vi siano altre ragioni speciali: ciò avviene su disposizione del sindaco su proposta dell'allora "coordinatore sanitario".

Compito del medico necroscopo quindi è il visitare il cadavere nei tempi di legge, redigere il certificato che serve all'ufficiale dello stato civile per autorizzare la sepoltura ma anche il valutare la congruità delle certificazioni ottenute (in particolare la scheda ISTAT che può essere redatta dal medico curante senza visitare il corpo e senza averne constatato il decesso), la congruità dei segni della morte e la eventuale presenza di segni che facciano sospettare una morte dovuta a reato.

In pratica il medico necroscopo riconosce per vero, sul piano giuridico, un fatto già noto (il decesso) e ne dà un'assicurazione tecnica eliminando ogni dubbio in merito (pur essendo cosa diversa dalla scheda ISTAT).

Riassumendo, la parte "burocratica" sanitaria della morte, consta di tre diversi documenti ovvero il **certificato di constatazione di decesso** (contenente l'indicazione della data e dell'ora, atto certificativo di competenza del medico curante, genericamente inteso, o del medico di guardia medica o del medico del 118), **la scheda ISTAT di causa di morte** (scheda statistico-epidemiologica- sanitaria di competenza del medico curante o, in caso di morte di soggetto che non ha avuto assistenza sanitaria, del medico necroscopo) ed il **certificato necroscopico** (atto pubblico di competenza del solo medico necroscopo).

Abbiamo iniziato illustrando una storia di definizioni er-

rate del concetto di morte. Con il tempo l'attenzione si è spostata dal torace al cervello per definire che cosa è la morte. È del 1959 (con Mollaret e Goulon²⁷) il concetto di coma dépassé (IV grado) ovvero di perdita di tutte le funzioni dell'encefalo, basato sulla osservazione di 23 casi di lesione cerebrale con necessità di supporto rianimatorio. Vi erano areflessia totale, apnea, ipotermia, ed elettroencefalogramma isoelettrico cui conseguiva l'asistolia e quindi il coma dépassé per l'appunto.

Poi i casi osservati furono centinaia, con inevitabile ed irreversibile asistolia cui, all'autopsia, corrispondeva un danno biologico degenerativo fino alla colliquazione di tutto l'encefalo. Dunque i segni clinici del coma dépassé rivelavano un danno biologico globale del cervello (brain death) e tale danno biologico era la ragione della irreversibilità.

Si deve considerare che il cervello è la sede "anatomica" della persona e che gli altri organi (compreso il midollo spinale) rappresentano degli "accessori" che contribui-

da sola il momento di compromissione dell'integrità dell'uomo come persona, e quindi il momento della morte. La morte della persona è un evento che coincide obbligatoriamente con la morte dell'encefalo.

Nel tempo diverse sono state le proposte definitorie dei criteri di morte encefalica ovvero, p. es. *The Harvard ad hoc Committee for Definition of Brain Death* (1968), Minnesota 1971, Svezia 1972, Gran Bretagna 1976, *U.S. Collaborative Study* (Commissione del Presidente) 1977, *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behaviours Research* (1981), *Task Force for the Determination of Brain Death in Children* 1987, *American Academy of Neurology* (1995), ecc.

Il punto essenziale è che essi, pur se non identici, sono invero simili e focalizzati sugli stessi fenomeni.

Del 1968 sono i criteri più noti, quelli di Harvard²⁸ (che riguardano la morte cerebrale e che nulla hanno a che vedere con lo stato vegetativo persistente) ovvero coma



scono, in qualità e quantità diversa, al mantenimento della integrità biologica e funzionale del cervello. Inoltre, lo si è già detto, il persistere della funzionalità di alcuni organi o cellule è del tutto compatibile con la morte della persona.

A questo punto è necessario definire dei criteri per poter parlare di morte ed una conferma degli stessi.

Coma dépassé (IV grado) è perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ovvero è morte biologica del cervello (brain death) quindi è morte della persona. La perdita irreversibile delle funzioni cerebrali costituisce quindi

areflessico, assenza di movimenti spontanei o provocati, apnea al distacco dal ventilatore, elettroencefalogramma isoelettrico, durata di 24 ore. In pratica l'organo indicatore della morte diviene il cervello e non più solo il cuore. Vi è stato dunque un mutamento radicale della concezione di morte.

Commissioni mediche successive puntarono la loro attenzione sulla importanza della diagnosi eziologica certa (danno cerebrale strutturale), sulla sufficienza dell'assenza dei riflessi del tronco encefalico, sulla conferma dell'elettroencefalogramma, sulle modalità di esecuzione dei

test, sulla riduzione progressiva dei tempi di osservazione (salvo per i bambini), sulla età gestazionale minima - periodo minimo di vita extra - uterina, sulla necessità di attendere almeno 24 ore nel danno post-anossico, sulla importanza dell'esame clinico e del test di conferma.

Si passò poi da valutare il problema non tanto dal punto di vista tecnico ma da quello giuridico poiché la delicatezza del problema stesso (non certo ormai la difficoltà diagnostica) imponeva al Legislatore di intervenire definendo anche nei dettagli tecnici, i criteri che debbono essere seguiti per giungere ad una diagnosi di morte, criteri importantissimi per poter procedere all'espianto di organi ma, ovviamente, a validità generale.

Con la legge 2 dicembre 1975, n. 644²⁹ ex art. 1, è consentito il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Il prelievo può essere effettuato anche in deroga alle disposizioni vigenti sul periodo di osservazione ... previo accertamento della morte ... ed i criteri di accertamento della morte sono inseriti nella Legge stessa ex art. 3 (In caso di cessazione del battito cardiaco, se il corpo di una persona deceduta viene destinato ad operazioni di prelievo, si procede con elettrocardiogramma protratto per di non meno di 20 minuti primi, per altro associato ad assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale e di assenza di attività cerebrale spontanea e provocata, da parte di collegio composto da un medico chirurgo designato dalla Direzione Sanitaria, da un esperto in cardiologia di ruolo e da un neurologo di ruolo esperto in elettroencefalografia) e art. 4 (soggetti con lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione per cui deve esservi contemporanea presenza di varie condizioni³⁰, l'inizio della cui coesistenza, accertata da collegio medico, determina il momento della morte). Con successivo D.P. R. 16 giugno 1977, n. 409, viene adottato il regolamento di esecuzione (collegio medico, casi di soggetti sottoposti a riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche disposte dall'autorità giudiziaria, possibilità di opposizione scritta, ecc.).

Con successiva legge 29 dicembre 1993, n. 578 ("Norme per l'accertamento e la certificazione di morte"), abrogante la precedente, si ufficializzava (se fosse ancora necessario) che la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (concetto unico di morte accertabile con criteri cardiologici o neurologici ma sempre unica: riscontro diagnostico, autopsia, tumulazione, espianto, ecc.), che la morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, che la morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche (non si indica più "primitive") e sottoposti a misure di rianimazione si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, con un periodo di osservazione di durata non inferiore alle sei ore da parte (art. 2 comma 5) di collegio medico nominato dalla direzione sanitaria e composto da un medico-legale (o, in mancanza, da un anatomopatologo o da un medico di direzione sanitaria), da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo (o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalo-

grafia), sempre dipendenti di strutture sanitarie pubbliche, collegio che deve esprimere un giudizio unanime che poi permette di derogare dal periodo di osservazione del cadavere. Evidente quindi un concetto unico di morte, encefalica, ma accertabile con criterio sia cardiologico sia neurologico.

Ed ancora la legge 578 del 1993 stabiliva che, con decreto del Ministero della Sanità si dovevano definire le condizioni, con osservazione del soggetto di durata non inferiore a 6 ore (prima erano 12), la cui presenza simultanea determinava il momento della morte.

In effetti detta legge ed il successivo decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582³¹, finalizzati non più solo all'espianto di organi da cadavere ma in realtà all'accertare la morte ed a certificarla indipendentemente dall'uso, lecito, che si farà del cadavere, sono pienamente aderenti alla realtà biologica e scientifica.

Si definisce la morte in base ad un danno encefalico globale e non solo del tronco o degli emisferi (ex art. 1 della legge la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo), si riconosce la morte encefalica (non più solo quella da lesioni encefaliche "primitive") come morte della persona anche se il soggetto NON è un potenziale donatore di organi e di conseguenza non è necessario il periodo di osservazione del cadavere.

Il decreto 582/1994 spiega poi che la morte per arresto cardiaco può venire accertata da "un" medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi mentre, ex art. 2 del decreto stesso, si regolano quelle che sono le condizioni che inducono all'accertamento di morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, con obbligo del medico di dare immediata comunicazione alla direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo³².

Ex art. 3 il decreto regola ed indica poi le condizioni³³ che, nei soggetti di cui all'articolo precedente, consentono di accertare la morte dopo un periodo di osservazione di sei ore (per adulti e bambini di età superiore ai cinque anni), che può essere di dodici ore per i bambini compresi fra uno e cinque anni di età, che diviene di ventiquattro ore nei bambini di età inferiore ad un anno.

Ciò oltre a dettagliata indicazione, in allegato, dei parametri strumentali elettroencefalografici. Si precisava altresì che il periodo di osservazione non poteva iniziare prima di 24 ore dal momento di un insulto anossico e che la simultaneità delle condizioni di legge doveva essere rilevata dal collegio medico per almeno tre volte, all'inizio ed a metà del periodo di osservazione. Si indicavano poi il fatto che si poteva derogare, se accertata la morte con criteri neurologici, agli accertamenti previsti dall'ordinamento sullo stato civile e dal regolamento di Polizia Mortuaria.

Il problema della corretta diagnosi di morte (specie a scopo di poter procedere a prelievo d'organi) non è però solo italiano ma internazionale tanto che la convenzione di Oviedo sui Diritti Umani e la Biomedicina 4 aprile 1997 (quasi ratificata con legge 28/3/2001, n. 145³⁴) ed il protocollo aggiuntivo del Consiglio d'Europa prevedono, per l'espianto da cadavere, il rinvio alle leggi nazionali che devono assicurare ogni sforzo per incrementare la dispo-

nibilità di organi o tessuti nel rispetto del corpo umano, con regole scientificamente certe per la constatazione di decesso oltre che per il consenso (non si preleva nulla a chi in vita lo aveva negato).

Invero le norme oggi in vigore in relazione agli espanti d'organo sono molte ed alcune specificamente finalizzate a risolvere il problema tecnico e giuridico della diagnosi di morte: legge 26/6/1987, n. 458 (Trapianto di rene fra viventi), legge 12/8/1993, n. 301 (Prelevi ed innesti cornea), legge 29/12/1993, n. 578 (Accertamento di morte), D. M. Sanità 22/8/1994, n. 582 (Certificazione di morte), Legge 1/4/1999, n. 91 (Prelevi e trapianti), Legge 16/12/1999, n. 483 (Trapianto parziale fegato), Decreto Ministero Sanità 8/4/2000 (Dichiarazione di volontà), Decreto Ministero Sanità 2/8/2002 (Certificazione di idoneità degli organi prelevati al trapianto), Decreto Ministero Salute 11 aprile 2008 (Certificazione di morte), Linee guida per l'accertamento della sicurezza del donatore di organi ed altre linee guida ancora (febbraio 2009).

Il problema dell'accertamento della morte (pur sempre nel campo della trapiantologia) viene anche affrontato dal vigente Codice di Deontologia Medica (16/12/2006) al capo VI (trapianto di organi, tessuti e cellule) ove si recita, all'art. 40, che "È obbligo del medico la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule anche collaborando alla idonea informazione ai cittadini" (il che vuol dire che il sanitario deve poter essere in grado di informare anche su quanto attiene alla morte N. d. A.) ed al successivo art. 41 che "Il prelievo di organi e tessuti da donatore cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalla legge. Il prelievo non può essere effettuato per fini di lucro e presuppone l'assoluto rispetto della normativa relativa all'accertamento della morte e alla manifestazione di volontà del cittadino. Il trapianto di organi da vivente è una risorsa aggiuntiva e non sostitutiva del trapianto da cadavere, non può essere effettuata per fini di lucro e può essere eseguita solo in condizioni di garanzia per quanto attiene alla comprensione dei rischi e alla libera scelta del donatore e del ricevente."

Insistendo ancora sui trapianti d'organo invero esistono dei momenti medico - legali essenziali per poter procedere al prelievo e cioè, oltre ad una procedura per ottenere il consenso (atto di volontà del donatore) che deve essere personale, reale (non presunto), fatto da donatore capace, libero, consapevole, attuale, revocabile, incondizionato, gratuito e formale, in caso di prelievo da cadavere l'accertamento della morte.

Ed ancora (Protocollo Addizionale alla Convenzione di Oviedo relativo a trapianti degli organi e di tessuti di origine umana, Strasburgo 4 dicembre 2001), il prelievo di organo o tessuto da defunto NON può farsi, ex art. 16. se il decesso non è stato constatato a norma di legge ed inoltre, sempre in una ottica di trasparenza, i medici che constatano il decesso devono essere diversi da quelli che effettuano il prelievo.

Rammentiamo che la morte encefalica è la morte del paziente accertata, invece che con criteri cardiologici, con criteri neurologici, con maggiore sensibilità e quindi possibilità di anticipare la diagnosi di morte ad una fase in cui il processo della morte, pur coinvolgendo il paziente in modo irreversibile in quanto organismo, non ha ancora

coinvolto in modo irreversibile ed a pieno i singoli organi ("cadavere a cuore battente").

La successiva legge 1 aprile 1999, n. 91 ("Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e di tessuti"), all'art. 1 rinvia l'accertamento della morte alle normative di cui alla legge 578 del 1993 ed all'art. 3 afferma che la morte deve essere accertata ai sensi della legge n. 578/99 e del Decreto del Ministro della Sanità 22 agosto 1994, n. 582. All'art. 14 si rimanda alla legge 29 dicembre 1993 n. 578 (art. 5 comma 2) per quanto attiene al collegio medico. Venivano abrogate la legge 2 dicembre 1975, n. 644 e successive modificazioni mentre restava in vigore la già citata legge 12 agosto 1993, n. 301 "Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea".

Detta legge del 1993 sul prelievo di cornee prevede un iter semplificato per quel prelievo, non essendo necessario trattarsi di soggetto con lesioni encefaliche e sottoposto a misure di rianimazione ma di un soggetto di cui si accerta il decesso per arresto cardiaco irreversibile, anche a domicilio, con rilievo grafico continuato di non meno 20 minuti di ECG (e basta "un" medico), con prelievo possibile anche a domicilio, nel rispetto della salma, da parte di "un medico". Si tratta sempre di una morte "unica" ma diagnosticata, in tali casi, con criteri cardiologici che, comunque, riportano ad un danno encefalico irreversibile (20 minuti di elettrocardiogramma continuo e senza attività sono morte cerebrale comunque).

Vi sono oggi dei più precisi requisiti clinico-strumentali per l'accertamento della morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, legati al progredire delle conoscenze sulla morte.

Mentre non cambia quanto necessario documentare (oggi anche su supporto digitale) per l'accertamento di morte per arresto cardiaco. l'art. 2 del decreto 11 aprile 2008 ("Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994 relativo al: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte") ha oggi meglio specificato quando si allerta³⁵ la Direzione Sanitaria che esiste un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, con un iter diagnostico che deve comunque comprendere la certezza della diagnosi eziopatogenetica della lesione encefalica e l'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrinometabolica di grado tale da interferire sul quadro clinico strumentale complessivo.

Ciò per poi procedere ad accertamento di morte (su soggetto che formalmente però morto ancora non è) ovvero assenza dello stato di vigilanza e di coscienza (prima era "stato di incoscienza"), dei riflessi del tronco encefalico (fotomotore, corneale, reazione a stimoli dolorifici sul territorio di innervazione del trigemino, risposta motoria del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato, riflesso oculo-vestibolare, faringeo e carenale), e del respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiore a 60 mm Hg e pH non superiore a 7,40 in assenza di ventilazione artificiale (test dell'apnea), assenza di attività elettrica cerebrale documentata con EEG e con modalità tecniche previste nello stesso decreto, assenza (in casi specifici, ma con evidenti diversità rispetto alla normativa precedente non parlandosi più p. es. di ipotermia ed alterazioni endocrino-metaboliche ma solo di farmaci depressori del sistema nervoso centrale "di

grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo) del precedentemente già documentato flusso ematico cerebrale³⁶.

Lo stesso decreto ministeriale dell'aprile 2008 ha categoricamente previsto che la durata del periodo di osservazione da parte del collegio medico non può essere inferiore a 6 ore (senza più distinzione per fasce d'età), che in caso di danno cerebrale anossico non si può iniziare prima di 24 ore dall'insulto anossico, salvo i casi in cui sia stata già accertata l'assenza di flusso ematico cerebrale, che la simultaneità delle varie condizioni (escluso il flusso ematico cerebrale) deve essere rilevata dal collegio medico per almeno due volte (non più tre), all'inizio ed alla fine del periodo di osservazione.

Un tanto, sussistenza delle condizioni per sei ore, sempre nell'ottica della trasparenza e della necessaria multidisciplinarietà, viene posto in essere in modo osservazionale clinico e strumentale da un collegio medico composto da dipendenti di struttura pubblica (aziendali e/o universitari) come previsto dalla legge 29/12/1993 n. 578, collegio che deve accertare, certificare e verbalizzare in modo unanime il decesso, collegio composto da un medico-legale (in genere il presidente poiché più avvezzo alle normative), da uno specialista in anestesia e rianimazione (diverso da quello che ha segnalato il caso di lesioni encefaliche e sottoposto a misure di rianimazione nel suo reparto) e da uno specialista in neurofisiopatologia.

Detto collegio ha sempre delle esigenze di legittimità rappresentate da adeguata capacità tecnica (collegialità pluridisciplinare e qualificata), non interferenza della finalità del trapianto sull'accertamento di morte (estraneità fra medici della commissione e medici che prelevano), unanimità della decisione. adeguata motivazione (consente ulteriori controlli).

Il momento della morte coincide con l'inizio della esistenza simultanea delle condizioni di cui sopra. Se si verifica la cessazione del battito cardiaco si accerta la morte con elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti e registrato da un medico su supporto cartaceo o digitale.

La certificazione di morte compete poi, in qualità di medico necroscopo, al sanitario che ha compito l'accertamento in caso di arresto cardiaco o al componente medico-legale della commissione per i casi di soggetti affetti da lesione encefalica e sottoposti a trattamento rianimatorio, con deroga a quanto previsto dall'ordinamento sullo Stato Civile e dal regolamento di Polizia Mortuaria.

In sostanza, in caso di accertamento di morte a fini di prelievo d'organi (ma l'accertamento si può fare, se ne esistono le condizioni di legge, a prescindere poi dal fatto che il soggetto sarà o meno idoneo al prelievo essendo la morte un concetto unico, a prescindere dalla destinazione del cadavere), la commissione verifica e certifica la morte a norma di legge (il che è diverso dall'atto del "comune" medico che fa la diagnosi clinica di morte con tutto il seguente iter di cui si è detto) tanto che non vi è poi l'obbligo di seguire le normative relative alla medicina necroscopica.

Una volta accertato il decesso a norma di legge si potrà procedere, se possibile, al prelievo d'organi, pur sempre trattando con rispetto quello che è un già cadavere ma a

cuore battente (il che consente adeguata conservazione e funzionalità dei visceri da prelevare), mettendo poi in essere tutte le misure idonee per una adeguata ricomposizione della salma.

Ad integrazione, e sempre nell'ottica della trasparenza, la legge della regione Friuli-Venezia Giulia 9/3/2001, n. 8, prevede che all'accertamento di morte può assistere un medico di fiducia indicato dalla famiglia del "potenziale" donatore.

Andando a concludere abbiamo iniziato partendo dai 1000 modi per uccidere e ci eravamo chiesti quanti fossero i modi per morire.

La risposta è che vi è una morte sola (la morte si identifica con la morte dell'encefalo), con due modalità di morte (danno cardiaco e conseguente danno encefalico per prolungata assenza di flusso ematico cerebrale, danno cerebrale ab initio) e due modi per accertarla ovvero con criterio cardiologico (20 minuti di elettrocardiogramma continuo che portano indirettamente ad accertare la morte cerebrale per prolungata assenza di flusso ematico) oppure con criterio neurologico (lesione cerebrale in soggetto sottoposto a trattamento rianimatorio).

Resta il fatto che la morte è una unica entità biologica a prescindere dalle modalità di essa e dal modo di accertarla.

Note bibliografiche:

15. Nicker A., "I mille modi di uccidere", *Le Sirene*, supplemento al n. 4 de "La coppia", *Permens Editrice*, Milano, maggio 1970.
16. *Filosofo*, *Abdera* 460 A.C.- 360 a.C.
17. Freschi F., "Manuale teorico-pratico di Medicina Legale", Milano, presso gli editori Volpato e comp., 1855.
18. Cfr. p.es. <http://it.wikipedia.org/wiki/Morte>
18. Amati A., "Manuale sul regolamento disciplinare portato dalla notificazione governativa di Milano, 20 ottobre 1838 riguardante il seppellimento dei cadaveri umani con module", Milano da Placido Maria Visaj nei tre re, a S. Gio. Laterano, marzo 1839.
19. Cfr. D.P. R. 3 novembre 2000, n. 396 Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, ai sensi dell'art. 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127
20. Titolo XIV del Codice Civile (Degli atti dello stato civile).
21. Per "assistenza medica" si intende la "conoscenza da parte del medico curante del decorso della malattia, indipendentemente dal fatto che il medico abbia o meno presenziato al decesso" come ben specificato nella circolare 24/6/1993, n. 24, del Ministero della Sanità.
22. cfr. Freschi F, op. cit.
23. Come previsto dall'art. 74 del D.P.R. 3 novembre 2000, n. 386, ovvero dal Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile.
24. Tanto che nel 1998 la Corte di Cassazione ha confermato la condanna di un medico necroscopo alla pena di 1 anno e 3 mesi di reclusione per aver falsamente attestato di aver visitato il cadavere.
25. Tali aspetti, fenomeni abiotici consecutivi, non sono sufficienti per affermare che il soggetto è morto potendo essere osservati anche in caso di morte apparente, come ha insegnato anche esperienza diretta di chi scrive.
26. Mollaret P, Goulon M. *Le coma depasse*. *Rev Neurol*. 1959; 101: 3-15
27. Harvard Medical School
28. Legge 2 dicembre 1975, n.644: *Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico*.
29. *Stato di coma profondo accompagnato da atonia muscolare, areflessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici, indifferenza dei riflessi plantari, midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce, assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale. Tali condizioni devono essere controllate e rilevate ad intervalli non superiori ad un'ora mentre l'altra condizione, l'assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata, deve essere accertata per periodi di*

trenta minuti primi, ripetuti ogni quattro ore durante le dodici ore di osservazione. Ex art. 5 detti accertamenti devono essere effettuati da un collegio medico (medico-legale, anestesista rianimatore, medico neurologo esperto in elettroencefalografia) che devono dare un giudizio unanime circa il momento della morte.

30. Ministero della Sanità, Decreto 22 agosto 1994, n. 582 "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"

31. Sono richiesti stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale. In casi specifici (bambini di età inferiore ad un anno, presenza di fattori concomitanti (p. es. ipotermia, farmaci depressori del sistema nervoso centrale, alterazioni endocrinometaboliche, ipotensione sistemica depressa) in grado di interferire con il quadro clinico complessivo, situazioni che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma, di devono porre in essere indagini complementari ed atte ad evidenziare l'esistenza di flusso ematico cerebrale.

32. È necessaria la contemporanea presenza di stato di incoscienza, assenza di riflesso corneale, riflesso fotomotore, riflesso oculocefalico e oculovestibolare, assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, assenza di riflesso carenale dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40, silenzio elettrico cerebrale documentato da EEG, assenza di flusso cerebrale preventivamente documentato nelle situazioni particolari previste dal comma 2 dell'art. 2.

33. Poiché ad oggi non è stato ancora depositato lo strumento di ratifica.

34. Assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, dei riflessi del tronco encefalico e del respiro spontaneo, assenza di attività elettrica cerebrale, assenza del flusso ematico cerebrale in elencate situazioni particolari.

35. Vedi le successive linee guida "Applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale" redatte dal Centro Nazionale Trapianti, aggiornate al febbraio 2009.

36. Dette linee guida, di cui alla nota precedente, si riferiscono all'articolo 2, comma 1, del decreto 11 aprile 2008 nella parte in cui stabilisce che l'iter diagnostico terapeutico, finalizzato, alla certezza della diagnosi etiopatogenetica della lesione encefalica ed all'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrino-metabolica di grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo, debba prevedere, in situazioni particolari, (bambini di età inferiore ad un anno, presenza di farmaci depressori del Sistema nervoso in grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo, le situazioni cliniche che non permettono una diagnosi etiopatogenetica certa o che impediscono la esecuzione dei riflessi del tronco encefalico, del test dell'apnea o la registrazione dell'attività elettrica cerebrale. Come metodiche si indicano e raccomandano l'angiografia cerebrale, la scintigrafia cerebrale, il doppler transcranico, l'Angio-TAC

Dieter Kampen

Pastore della Chiesa Evangelica Luterana

Proposta per il Sinodo sul tema dell'eutanasia

La Chiesa Evangelica Luterana in Italia è stata chiamata a contribuire alla formazione di un giudizio etico sul problema controverso sorto dalla discussione sull'eutanasia. I seguenti punti sull'antropologia cristiana e l'etica ci guidano nelle nostre considerazioni.

- L'uomo come creatura di Dio è essenzialmente un essere in rapporto. Vive in rapporto con se stesso, con altre persone, col mondo circostante e con Dio. Definirlo in prima linea come essere autonomo prende in considerazione solo un aspetto del suo essere ed è riducente nella descrizione generale dell'essere umano. Esso è sempre ed in ogni fase della sua vita anche una persona che deve

ricorrere ad altri, ne ha bisogno, ne è dipendente. Che Dio si occupi di lui e vi pensi continuamente (Salmo 8,5) è basilare. Da Dio viene accettato senza ripensamenti e condizioni, anche quando il riconoscimento e l'accettazione da parte degli altri uomini gli viene a mancare (come accade nell'atto dell'uccisione).

- Poiché Dio crea un rapporto con l'uomo, anche il suo essere come persona deve essere compreso dal punto di vista di Dio. Non io mi rendo la persona che sono. Il mio essere persona è pertanto indistruttibile anche quanto vengono a mancare determinati criteri. Il concetto di persona nella tradizione anglosassone – l'uomo come essere razionale, cosciente di sé, che può dire "io", che ha passato e futuro, desideri e timori – è teologicamente incompleto.

- Una discussione sul valore di una vita umana perciò non può e non deve esserci. L'uomo ha (secondo Kant) non un valore – questo lo si può attribuire alle cose – ma una dignità. Questa vale senza condizioni e non viene costituito dal proprio agire. Questo è ciò che intendiamo quando parliamo del primato della Grazia prima di ogni azione. L'eutanasia attiva e il suicidio assistito non sono espressioni della libertà dell'individuo, ma –al contrario– annientamento di questa libertà, perché annientano contemporaneamente il soggetto stesso della libertà.

- All'essenza della persona appartiene anche la sua capacità di soffrire. Ciò non significa che gli si possano addossare dolori che sono evitabili. Al contrario: un dolore che possa essere evitato deve esserlo. Ma non tutte le sofferenze sono inevitabili. L'illusione di un "eliminazione" della sofferenza distrugge la capacità umana di diventare capace di soffrire e con essa anche di diventare capace di amare e avere rapporti con altri. Come cristiani non abbiamo spiegazioni, significati e giustificazioni per la sofferenza. Da un lato lottiamo, come Gesù, contro le miserie umane, dall'altro viviamo nella "comunione delle sofferenze del Cristo" (Filip. 3,10) e siamo "compartecipi delle sofferenze" (2 Cor. 1,7) con la promessa di partecipare anche alla consolazione.

- L'immagine del Cristo crocifisso ci mostra che nessuna sofferenza e deformazione di ciò che per noi sarebbe una vita desiderabile annienta la dignità umana. Il crocifisso è simbolo di questa intoccabilità.

Da queste premesse traiamo le seguenti conseguenze:

0. Alleanza contro la paura

La discussione pubblica per permettere la fine della vita sotto l'aspetto medico evoca incertezza e paura. Il trattare il tema della morte e dei bisogni ad essa legati è diventato, nella società occidentale, un tabù. Chi si trova in questa situazione, assieme ad i parenti, non può essere lasciato solo. Un aiuto in questo dilemma deve essere dato a chi ne viene colpito con un'informazione preventiva che abbatta le mura della paura e li aiuti nella formazione di una coscienza informata che sappia di essere posta in una tradizione di valori cristiani occidentale anche

nei momenti limite dell'esistenza e vuole agire secondo questo orientamento. Questa presa di posizione è diretta non solo agli interessati direttamente che vedono avvicinarsi la domanda sulla fine anticipata della vita attraverso le proprie vicissitudini biografiche, ma anche all'opinione pubblica interessata ad una posizione luterana e postula una "alleanza contro la paura" dei moribondi, dei parenti e dei medici nella società, facendo offerte di significato e proposte di realizzazione per lo sviluppo della propria posizione.

1. Come cristiani dobbiamo porci criticamente ed in modo sveglio di fronte alle richieste che, sotto il manto del progresso e della libertà, tendono alla liberalizzazione della eutanasia attiva. Riteniamo pericoloso un cambiamento della legge secondo il modello olandese o belga. Il tabù di uccidere – specialmente per quanto riguarda i più deboli – deve restare ancorato nelle norme del diritto. Perciò rifiutiamo qualunque forma di possibilità legale di una fine della vita anzitempo.

Condividiamo i timori della Chiesa Riformata Olandese, che la liberalizzazione della legge su questo tema possa condurre ad una furtiva variazione del clima sociale. Se l'eutanasia attiva diventa una normale opzione, la vita dei deboli, vecchi, ammalati gravi e portatori di handicap a lungo andare non sarà più una certezza. La "brutta china" ha già preso il via: la legge belga prevede l'eutanasia anche per i pazienti di psichiatria e per coloro che non sono allo stadio terminale di una malattia. Le zone grigie non sono scomparse, anzi sono aumentate; la disponibilità ad un'eutanasia anche non volontaria diventa sempre maggiore.

2. Le paure umane di non poter morire con dignità sono da prendersi seriamente. La risposta appropriata non può essere però cercata nella liberalizzazione dell'eutanasia attiva, ma nel miglioramento di misure palliative, lotta effettiva al dolore, organizzazione della cura domiciliare e negli ospizi, come in una attenzione maggiore alla volontà del paziente.

Temiamo che la soluzione tecnica ed a buon mercato dell'eutanasia, specialmente in questi tempi di riduzione delle spese sociali in tutta l'Europa, vada a controbilanciare la ricerca di un accompagnamento umano del moriente con il sussidio dei mezzi su citati. Un "diritto alla morte autodeterminata" non esiste nella comprensione cristiana, esiste invece il diritto di non essere lasciati da soli nella morte, al lenimento del dolore, alle cure di base, ed alla solidarietà umana che sa della propria impotenza davanti alla morte. Il filosofo Emmanuel Lévinas parla di "resistenza etica", di "resistenza di chi non offre resistenza" nei confronti dell'altro, nel volto del quale mi si presenta l'imperativo categorico "Non ammazzare" e "non lasciarmi solo nella morte".

3. Come cristiani cerchiamo di pensare in modo differenziato e di saper cogliere in modo preciso le differenze nei problemi in discussione. Confermiamo la differenza etica fondamentale fra "lasciar morire" ed "uccidere", cioè fra eutanasia passiva ed attiva, anche se sappiamo che nella prassi medica vi possano essere situazioni critiche, per es. nel problema dell'interruzione del nutrimento ar-

tificiale dei pazienti in coma. L'impiego di ogni possibile mezzo terapeutico in casi senza speranza (accanimento terapeutico) viene rifiutato; esso non viene neppure richiesto da alcun codice medico.

Decisi a per un giudizio etico non è l'azione fisica, ma l'intenzione: nel "lasciar morire" il medico rinuncia al proseguire il suo lavoro di fronte ai limiti dell'intervento terapeutico e lascia che la natura prosegua il suo corso: scopo è "poter morire". Nell'eutanasia attiva egli mantiene il potere sulla vita e sulla morte; scopo dell'azione è il raggiungimento della morte. Questo contraddice ogni codice medico dall'antichità fino ad oggi. Se l'eutanasia diventerà usuale nella pratica medica, temiamo conseguenze incalcolabili nel rapporto di fiducia fra medico e paziente.

4. I diritti del paziente devono essere rafforzati. Il paziente ha il diritto all'informazione completa e veritiera sul suo stato. Ha il diritto, in piena coscienza delle conseguenze, di rifiutare un trattamento. I testamenti dei pazienti possono dare, in persone non coscienti, informazioni importanti su una possibile volontà. Ciononostante il medico non è l'esecutore testamentario del paziente: non ci si può attendere da lui un'azione contraria all'etica come l'uccisione su richiesta.

5. Non disconosciamo che vi sono situazioni limite. Queste devono essere considerate eccezioni casi singoli e non devono essere usate come argomento per un affievolimento del tabù dell'uccisione ancorato nelle norme di diritto. Proprio una decisione estrema della coscienza per un'azione di eutanasia attiva o di suicidio assistito ha bisogno della protezione dell'amicizia e dell'intimità, come anche della disposizione a ledere le norme del diritto ed a sopportarne le conseguenze – sperando nella grazia di Dio e nella fiducia di potersi presentare anche davanti al diritto umano con una decisione responsabile.

