

OMCeO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

03.09

Anno LI - n. 03 del 29 giugno 2009 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Tre nuove commissioni dell'ordine

**Secondo simposio nazionale sull'etica
dell'accompagnamento e desistenza terapeutica**

**Documento del consiglio nazionale FNOMCeO
sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento**

Posta elettronica certificata

Assemblea elettorale FEDERSPEV

periodico

Omologato

Posteitaliane



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



Anno LI - n. 03 del 29 giugno 2009
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitati di redazione
Giovanni Leoni, Giuliano Sassi,
Michela Morando, Gabriele Optale
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Mazzanti Editori s.r.l.
R.O.C. 11028

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Safigraf - Schio (VI)

Concessionario di pubblicità
LYBRA ADV s.r.l.
Via delle Industrie, 19/B
30175 Venezia - Marghera
Tel. 041.5383576 - Fax 041.2529525

Chiuso in redazione il 29 giugno 2009.

- | | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 04 | Il welfare della responsabilizzazione e della responsabilità: i LEA sommersi | 21 | CSO: Targa in memoria di Lorenzo Menegaldo |
| 05 | La crisi economica e il seno delle infermiere | 22 | I seminari dell'ordine |
| 06 | Istituite tre nuove Commissioni: Ospedaliere, Medicina del Territorio e Libera Professione | 23 | I disturbi del sonno nel bambino: un percorso di formazione per i pediatri di famiglia |
| 07 | Commissione per il Territorio: per una "buona sintonia deontologica" | 24 | Sisma Abruzzo 2009: presidio sanitario zone terremotate presso COM4 di Pianola |
| 08 | Segnalazione dei clandestini: FNOMCeO pronta anche all'autodenuncia | 25 | Pubblica Amministrazione non autorizzata a chiedere diagnosi nei certificati malattia |
| 08 | Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica | 26 | Restrizione alla commercializzazione di alcune apparecchiature di misura contenenti mercurio |
| 15 | Imprese e problematiche di fine vita: un progetto possibile? | 26 | Posta elettronica certificata |
| 16 | Documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento | 29 | FEDER.S.P.E.V, 5 aprile 2009: Assemblea annuale elettorale degli iscritti sella Sezione di Venezia |
| 20 | Uno sforzo collettivo contro l'abusivismo sanitario | | |
| 21 | Previdenza: il riscatto degli anni di laurea, i perchè di un'operazione non solo economica | | |

Sommario

3

TAX
TIBI
MAR
CE
EVA
NGE
LISTA
MEUS

Secondo Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita

Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica

Sabato 16 maggio presso la sala convegni del Novotel di Mestre si è svolto il secondo simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita "Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica" organizzato dall'Ordine dei medici chirurghi e Odontoiatri di Venezia.

Nell'aprire i lavori il Presidente Maurizio Scassola ha affermato: *"siamo qui per continuare un percorso, un giovane percorso che abbiamo intenzione di portare avanti a lungo, che riguarda la nostra storia come medici, una rivisitazione del nostro ruolo partendo da tre ambiti: quello sociale,*

politico e professionale. L'ambito civile perché io e il mio Consiglio stiamo cercando di sottolineare l'importanza della professione medica di aprirsi, soprattutto in un periodo di grandi contraddizioni, in cui l'ultraspecializzazione sembra imperrare, sembra un dogma, noi vogliamo andare



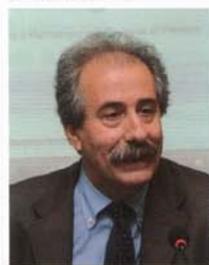


controcorrente e vogliamo recuperare quello che rappresenta la storia, la radice antropologica della professione medica, che è il rapporto con la persona e con la propria comunità di appartenenza. Vogliamo recuperare il ruolo politico della professione nel senso alto del termine, politico come attività che vuole portare alla concretezza nell'ambito dei temi della salute. Il terzo aspetto è la professione; siamo interessati come medici a confrontarci al nostro interno e questo confronto è strategicamente collegato alla rivisitazione del nostro ruolo civile". "Il campo dell'etica - ha proseguito Scassola - è un campo difficile, vastissimo, disseminato di trappole, dove spesso si cerca una mediazione che non è possibile poiché l'etica per definizione rappresenta i diversi vissuti, le diverse culture, le diverse radici, ma l'operazione straordinaria che andiamo a fare come professionisti è quello di sintetizzare queste diverse culture/sentimenti in quello che abbiamo scritto come codice di deontologia medica. Il codice di deontologia non è un libro dei sogni, ma vuole essere la sintesi che portiamo, anche alle nostre comunità, di un percorso sofferto, molto complicato, di sintesi sui valori. Il codice rappresenta anche un riferimento pratico quotidiano per la nostra attività e per il nostro impegno civile".

Introdotta dalla giornalista del Gazzettino Daniela Boresi (che è anche vice presidente del Comitato



regionale veneto di bioetica), moderatrice della prima sessione, Corrado Viafora, professore di Bioetica all'Università di Padova, ha relazionato sul tema "Presupposti e compiti dell'Etica dell'accompagnamento".



"Il morire subisce oggi un notevole prolungamento, una inedita diluizione nel tempo, grazie ai progressi della medicina. Il prolungamento si manifesta paradossalmente in un'epoca di massima rimozione della morte, di negazio-

ne della morte (vista come oscena, da tenere fuori dalla scena della vita sociale). Prima vi era il tabù del sesso, ora della morte". Il professor Viafora ha parlato della solitudine del morente (citando Norbert Elias), "solitudine intesa come mancanza di un orizzonte simbolico capace di far vivere socialmente il morire, di difficoltà di relazionarsi col morente, di mancanza imbarazzante di parole alle quali si supplisce con lo zelo igienista (morire dietro le quinte della vita sociale)". Altro tratto caratteristico della negazione della morte è la volontà di dominio, per usare le parole dell'antropologo Vincent Thomas. "Il morire in ospedale, tipico della società moderna è un morire burocratizzato, tecnicizzato, programmato, ridotto a fenomeno biologico e igienico sanitario, suscettibile di essere modellato in virtù del sapere e del potere". Viafora parla di marginalizzare l'umano per esaltare il gesto tecnico. Citando lo scrittore Ferdinando Camon usa il termine di morte intubata, in forza dello zelo igienista e della volontà di potere, "...i curanti si trasformano in equipe di meccanici, segno e deriva dell'impoverimento che il morire oggi subisce". È praticabile - si chiede Viafora - la sfida dell'etica dell'accompagnamento? Si dovrebbe oltrepassare la negazione/controllo della morte (proteggere il malato terminale ad ogni

costo dalla consapevolezza della morte, accanimento terapeutico) per arrivare all'accompagnamento: riconoscere i limiti della medicina, spostare gli obiettivi terapeutici dal guarire al prendersi cura, restare vicino, esprimere i sentimenti, rispettare i tempi del morire e soprattutto non affrettarne il decorso. I compiti dell'etica dell'accompagnamento sono tre: 1) alleviare il dolore, poiché il dolore inchioda nell'isolamento; nessuna sacralizzazione pertanto del dolore; 2) comprendere gli specifici bisogni del malato terminale, ascoltare la volontà della persona affinché possa esprimere i propri reali sentimenti, affrontando il problema della verità, della comunicazione: processo di consapevolezza che non deve avvenire nell'isolamento; 3) proporzionare le cure, determinare la proporzionalità delle cure (qui – secondo Viafora – ci viene in soccorso il solo magistero della Chiesa Cattolica, che storicamente parlava di mezzi ordinari e straordinari di cura, ora parla di mezzi proporzionati e sproporzionati di cura) che tengano conto dell'effettivo beneficio e rispetto per la vita di quella persona, evitando tecnicismi fine a se stessi.



Don Corrado Cannizzaro, professore di Teologia Morale allo Studium Marcianum di Venezia, ha trattato il tema: "Accompagnamento alla morte, considerazioni teologiche". Suggerisce di partire da una esperienza concreta (l'Hospice Nazareth

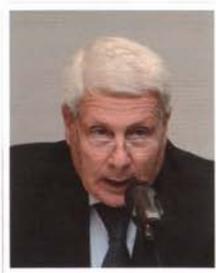
di Mestre) per arrivare a comprendere l'esperienza stessa, per cogliere il senso dell'agire e qui si pongono le considerazioni teologiche che mi aiutano a illuminare il mio modo di agire.

1) Osservare l'esperienza: parla dell'accudimento attuato all'Hospice Nazareth ai malati terminali, dell'importanza del controllo dei sintomi, soprattutto del dolore ma poi della massima attenzione posta a quanto gradito dalla persona (ad esempio, mobilizzazione e passaggio posturale letto-carrozzina quando richiesto o desiderato dal paziente). È necessario porre grande attenzione alla situazione psicologica; se il malato è consapevole, ha un atteggiamento interattivo e collaborante, è protagonista. Importante poi, secondo Cannizzaro, far ritrovare la dignità personale del malato.

2) Rileggere l'esperienza dell'accompagnamento alla morte: ogni uomo vive una sua particolare situazione, nessuno è una prassi, bensì è necessa-

rio riconoscere l'assoluta dignità di ciascuno nella sua particolare situazione, volontà, nelle scelte condivise. L'Hospice è un contesto di relazioni autentiche, una famiglia che accoglie e fa famiglia, una trama di relazioni che crea e risana relazioni.

3) Riferimento teologico: il prof. Cannizzaro ha concluso il suo intervento ricordando le parole di Gesù: vegliate e pregate con me. Nell'Hospice la persona che muore è inserita in una trama di rapporti, la relazione è la categoria originaria del reale; il cristiano è a favore di tutto ciò che custodisce e promuove la relazione.



È stata poi la volta del Avvocato Ugo Bergamo, componente del Consiglio Superiore della Magistratura, che ha svolto il suo intervento sul tema: La legge e i suoi conflitti. Ha esordito ricordando quali sono i riferimenti legislativi fondamentali

della Costituzione italiana in tema di salute, gli articoli 2, 13 e 32 e come tutti considerano la Costituzione come cardine della nostra società. Tra i diritti inviolabili dell'uomo – si è chiesto Bergamo – vi è anche il diritto alla vita o sulla vita? Più chiaro è l'articolo 32: riconoscimento della tutela della salute individuale ma anche della collettività. La giurisprudenza è ondivaga, la politica latitante sui temi di fine vita. Bergamo cita la sentenza della Corte d'appello di Milano (2006): non è configurabile un diritto a morire. La Cassazione ha successivamente ribaltato questo principio nel 2007, introducendo tre principi tuttora "discussi": 1) consenso informato: che secondo questa sentenza non pone nessun limite per nessuno se non per il medico; 2) consenso del rappresentante legale/Tutore e presunta volontà del paziente; 3) il più innovativo: idratazione e alimentazione artificiale vanno considerati senza dubbio trattamento sanitario, che il paziente può rifiutare in modo esplicito o implicito. Bergamo sostiene che il politico è in forte ritardo su questi temi, agisce solo sull'onda dell'emozione, poi quando si spengono i riflettori, tutto rimane come prima. Il legislatore deve aggiornare i quesiti oggi posti dalla società. La vita è un bene disponibile o un bene indisponibile? Un concetto su cui tutti sono d'accordo è l'estensione anche legislativa dell'alleanza terapeutica, che non può ridursi ad un protocollo da seguire, ma deve essere confronto sereno tra paziente e medico, attraverso una scelta cosciente, libera e informata,

autentica e attuale. Criterio di scelta privo di condizionamenti esterni. La sentenza della Corte Costituzionale introduce il consenso presunto; Bergamo dice invece che il consenso deve essere attuale. Il Senato italiano ha approvato un testo di legge che affronta tutte le questioni sul tappeto (che può essere condiviso o meno) e pone alcuni principi: a) diritto alla vita inviolabile e indisponibile fino alla morte accertata; b) dignità della persona; c) l'assistenza medica deve essere finalizzata esclusivamente alla tutela della vita e della salute; d) all'imposizione al medico del consenso finalizzato all'alleanza terapeutica; e) tutela dell'individuo come interesse della comunità. È necessario giungere a conclusione di questo percorso legislativo; lo Stato non può esimersi dall'attualizzare una Costituzione – che pur detta principi ancor oggi validi – all'evoluzione della scienza e della tecnologia.



Cristiano Samuelli ha presentato i risultati di una ricerca, condotta dall'Associazione Italiana per le decisioni di Fine vita utilizzando un questionario, somministrato per la prima volta in Italia a manager e imprenditori. Una breve sintesi dello studio

viene pubblicato in questo Notiziario a pag. 15. Trattando di desistenza terapeutica Cristiano Samuelli parla di *“cultura di fine vita da implementare/imparare dato che negli ultimi trenta anni nuovi postulati sono stati introdotti in medicina (sostegno funzioni vitali, accertamento della morte su criteri neurologici)”*. Queste nuove possibilità pongono il problema di quando sia opportuno porre limiti alle terapie intensive; qui si inserisce il concetto di desistenza terapeutica. Come sostiene Davide Mazzon: *“doveroso desiderare da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato”*. Samuelli ha sottolineato con forza che desistenza non è eutanasia (*“l'eutanasia è qualsiasi azione che porta intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato, è la soppressione intenzionale della vita di un paziente”*); nulla a che vedere colla desistenza. Questo errore porta a confondere il lasciar morire - che è l'appropriata desistenza, senza travolgere il malato con trattamenti - dal dare la morte (eutanasia). Samuelli ha concluso il suo intervento con una domanda: la medicina deve rimanere una professione umanitaria o deve divenire una scien-

za nuova ma spersonalizzata, avente lo scopo di prolungare la vita piuttosto che quello di diminuire la sofferenza umana ?

È seguito poi un animato dibattito con numerosi interventi, indi una breve pausa.



Dopo il coffee break la dottoressa Sylvie Menard, consulente dell'Istituto Tumori di Milano ha relazionato su *“Il bene del paziente, l'atto medico nel codice deontologico”* ed è partita proprio dalla sua esperienza di vita; dopo 40 anni di

ricerca sui pazienti neoplastici, da 4 anni è diventata paziente ematologica inguaribile. Cos'è cambiato nella sua vita? Tutto! *“C'è un bisogno di conforto, di sapere che c'è la vita al di là di questa malattia, lo stress della burocrazia/disorganizzazione (appuntamento, ticket, prenotazione). Terribile poi è la mancanza di rispetto, si diventa non più essere umano ma paziente. La malattia grave a livello personale introduce con forza la consapevolezza della morte (prima della malattia ci si sente immortali) e il dover razionalizzare la propria morte; l'accettazione della propria morte comporta all'opposto una comprensione maggiore del significato della qualità della vita, bene meraviglioso ma limitato”*. La malattia grave agisce anche sulla qualità della vita, secondo Menard, il trauma della diagnosi è più invalidante delle terapie e quasi sempre vi è un iniziale rifiuto delle terapie che altro non è se non un rifiuto della malattia; poi consapevolmente accettato la malattia, mi curo, accetto i disturbi. Menard ha parlato dapprima dei diritti rivendicati dai sani per i pazienti: diritto alla scelta terapeutica, diritto al rifiuto delle cure, diritto al testamento biologico e all'opposto dei diritti richiesti dai pazienti: maggiore rispetto, meno attese, diritto al pudore, alla privacy; che la libertà di cura non diventi uno scarico di responsabilità, che l'informazione non diventi uno scarico di responsabilità. Menard parla di crudeltà del consenso informato, meno del 30% ha capito quello che ha firmato; è fondamentale non essere lasciato solo ad affrontare la malattia, vi è un diritto al conforto, un diritto di vivere una vita degna (il sano all'opposto chiede il diritto ad una morte degna). Al termine del suo intervento Sylvie Menard ha affermato che il valore della vita per il sano e per il malato è spesso molto diversa e sul Testamento biologico: *“ha poco senso, nessuno sa come reagirà in caso*

di malattia invalidante". Sul diritto all'eutanasia suggerisce di sentire il parere dei pazienti terminali (in una indagine condotta a Milano solo 2 pazienti su 40.000 hanno chiesto l'eutanasia...).



Luciano Orsi, medico responsabile della Rete di Cure Palliative di Crema ha relazionato su "La desistenza terapeutica nelle cure palliative". I principi di base delle cure palliative sono: a) affermare la vita; b) guardare alla morte come un processo normale; c) non accelerare né posticipare la morte, trasformare la morte da morte attesa a "buona" morte, ovunque essa avvenga: in corsia, in hospice, a domicilio. La buona morte o morte gestita dipende soprattutto da scelte etiche e non cliniche. Orsi ha parlato della carta dei diritti dei morienti, che considera cuore delle cure palliative, *"ma penso che possa essere il cuore di tutta la medicina che si occupa di cronicità avanzata, in cui la medicina deve lasciare spazio all'etica, al coinvolgimento del paziente e fare un percorso assieme"*. Dall'inizio della malattia, quando viene fatta la diagnosi, a tutti i vari percorsi terapeutici si passano quotidianamente dei bivi decisionali (faccio, non faccio, accetto, non accetto). Nelle fasi avanzate si arriva ad un bivio inevitabile: la sospensione dei trattamenti contro la malattia e l'attivazione di cure palliative. Qui urgono secondo Orsi la pianificazione anticipata delle cure e direttive anticipate in quanto *"strumento fondamentale per permettere al paziente - mentalmente capace - di controllare la gestione della fase avanzata della malattia e della sua morte"*. Orsi ha poi parlato dei principi generali dell'etica medica: autonomia, beneficiabilità e giustizia distributiva. Ha sottolineato il concetto di autonomia del paziente, di *"lasciti affettivi possibili solo se consapevoli"*. Orsi poi ha parlato di trattamenti proporzionati/sproporzionati, di limitazione terapeutica e che la rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale a suicidio o eutanasia. *"Compito del medico è quello di camminare a fianco, non davanti né dietro al paziente, senza spingerlo né tirarlo perché è il paziente che sceglie la direzione del cammino"*.

È poi seguita una tavola rotonda sul tema: "Il codice di Deontologia medica del 2006 come bussola per orientare il comportamento del Medico nelle situazioni critiche di fine vita. Realtà o fantasia?".



Amedeo Bianco, Presidente Nazionale Omceo, nel rispondere al quesito se il nostro attuale Codice Deontologico - che risale al 2006 e che a sua volta riformava quello del 1998 - ci aiuta a trovare delle risposte

alle problematiche di fine vita, ha detto che su questi temi non ci sono stati grandi cambiamenti, pur ritenendoli necessari, essendo una carta viva. Gli avvenimenti degli ultimi anni (accanimento terapeutico, la coraggiosa rivisitazione del concetto di alleanza terapeutica) dovrebbero spingere a qualche ulteriore cambiamento, nonostante il nostro Codice deontologico (Carta viva lo ha definito) abbia recepito concetti di bioetica e sperimentazione. Il nostro codice deontologico ha mantenuto fermi i grandi principi di bioetica e su queste grandi questioni dice tre grandi "no": no all'accanimento terapeutico ovvero alla sproporzionalità delle cure (futility in lingua inglese); no all'abbandono terapeutico, in rispetto al principio di giustizia (mai il costo deve essere un discrimine); infine no all'eutanasia. Si invece al principio di autodeterminazione del paziente, nella sua accezione dinamica. Secondo Bianco ogni relazione è unica e irripetibile, non standardizzabile. *"Se questa è la relazione di cura, se questa è davvero fondata nell'incontro tra mondi, sensibilità, dove anche il medico è autore non solo di competenze, ma di valori morali, di interpretazione della vita che mette in gioco, che mette a disposizione in questa relazione, ebbene, ha scandito con forza Amedeo Bianco, in questa relazione delicatissima non deve entrare a gambe tese il diritto, per questo parliamo di diritto mite in un'etica forte, per questo riteniamo che la legge debba scrivere all'ingresso di una camera dove si muore no all'accanimento, no all'abbandono, no all'eutanasia ma poi debba fermarsi lì, non debba entrare la legge in una camera dove si muore. Questo debba essere affidato alla grande, straordinaria costruzione di una relazione tra due mondi, tra due universi"*.



Nel suo intervento il Senatore Ignazio Marino ha esordito ricordando la difficoltà implicita in un "mestiere" di aiuto in una situazione difficile come è la malattia, causa di disorientamento e di ansia in ognuno. Negli USA

dal 2002 viene dato valore economico al tempo di colloquio con il paziente; ciò è importante perché il tempo delle parole è tempo di cure. Sul fatto che qualcuno necessariamente debba decidere, Marino ha riferito di una ricerca del Mario Negri di Milano (che ha riguardato nel 2005 un centinaio di reparti di rianimazione su 400 in Italia) dalla quale risulta che i rianimatori fanno desistenza terapeutica nelle ultime 72 ore di vita, ovvero sospendono le terapie nel 62% delle situazioni, facendolo in scienza e coscienza, prendendo pertanto delle decisioni irrevocabili. Non basta allora il Codice deontologico nei momenti di decisione, serve la possibilità – soltanto per chi lo vuole – di lasciare delle indicazioni. Ci vuole un momento di decisione condiviso con la famiglia rispetto al proseguire delle cure, nel prendere questa decisione se prolungare o meno le cure. Questa importantissima decisione chi la deve prendere, si chiede Marino? la deve prendere il medico rianimatore? Secondo Marino noi abbiamo preso una strada di scrivere una legge che metterà il medico stretto tra Codice deontologico che gli dice di rispettare le indicazioni del paziente e dall'altro ha una legge che dice: nutrizione artificiale e idratazione non possono essere oggetto di indicazione, di sì o no, da parte del paziente. Marino contesta che la legge affermi: *“che ciò che dice il paziente non è vincolante e può essere disatteso in qualunque momento dal medico”*, questa non è una legge leggera o mite, è una legge fuori dalla struttura giuridica del nostro Paese. La legge non deve dare indicazioni morali bensì giuridiche. Cita poi Aldo Moro che nel lontano 1947 disse sulla libertà di scelta, di autodeterminazione (art. 32 della Costituzione, salute come diritto della persona): *“si tratta di un problema di libertà individuale che non può non essere garantito dalla Costituzione, quello cioè di affermare che non possono essere imposte obbligatoriamente ai cittadini pratiche sanitarie”*. Noi abbiamo un ottimo codice deontologico, oggi ci troviamo di fronte ad un pericolo, ad una legge che va contro la libertà di scelta, contro il testamento biologico. Serve invece una legge che dia libertà di scelta e qui Marino ha parlato del DL numero 10, depositato al Senato che tratta delle cure palliative, della creazione di nuovi hospice, di aiuto tangibile nel momento della sofferenza.



Maurizio Benato (Vice Presidente Fnomceo) ha affermato che l'esperienza è fonte della nostra conoscenza. Ma questa conoscenza noi medici la riceviamo? La medicina è una felice sintesi di scienza, pensiero esisten-

ziale ed etica. La formazione universitaria – causalistica – ha perso l'approccio al malato, l'approccio a questi momenti unici, irripetibili e singolari. Si pone pertanto con urgenza il problema della formazione del medico su questa esigenza critica (morte non più naturale).



Gianluigi Gigli, professore di neurologia all'Università di Udine, rispondendo a Bianco ha esordito dicendo che chi è entrata a gamba tesa nel dibattito è stata la magistratura; bastava la Costituzione, il Codice penale e la deontologia medica a regolare i comportamenti dei medici. Dobbiamo riflettere sulla natura del consenso informato poiché c'è imbarazzo su questo, non c'è univocità sui concetti di consenso esplicito, consenso presunto, consenso “ricostruito”. Il prof. Gigli ha poi parlato di idratazione e alimentazione artificiali, diventati trattamenti medici a partire da un caso clinico preciso, quello della statunitense Nancy Cruzan. Se il paziente non muore della sua malattia (es. Sla) è necessario idratare/alimentare artificialmente. Per Gigli eutanasia è *“ogni azione od omissione che per sua natura e nelle intenzioni affretti la morte del paziente”* e riferendosi al lacerante caso Englaro, ha parlato di morte della medicina ippocratica. Secondo il prof. Gigli deve essere il medico, nell'alleanza col paziente, in un incontro di fiducia e responsabilità, a stabilire che cosa deve essere fatto.



Claudio Cricelli (Presidente nazionale della Società italiana di medicina generale) ha esordito affermando che la medicina vive nel quotidiano. La medicina di famiglia è una medicina dell'accoglienza (*“ non faremo mai i delatori”*), è una professione di prima linea, una professione di aiuto. Cricelli ha fatto notare una cosa *“strana”*, i medici di medicina generale si sono scatenati contro le norme sui clandestini (centinaia di mail, di telefonate, di lettere) ma nessuno o rari sul testamento biologico (disposizioni di fine vita) che coinvolgeva – secondo il disegno di legge Calabrò – proprio i medici di famiglia nella raccolta dei dati. Ha citato l'art. 9 del Ddl Calabrò che nelle disposizioni finali afferma *“...è il medico di famiglia che decide sulle*

Attività
dell'Ordine

decisioni di fine vita (sopra di lui c'è solo il giudice tutelare) ed ha motivatamente esposto all'uditorio le difficoltà di ordine pratico (banalmente: assenza o l'impossibilità di contattare il medico) della applicazione di questa norma". Cricelli ha ricordato che c'è un solo archivio vero di tutti i cittadini italiani, l'elenco degli assistibili in Italia, quello cioè dei mmg.



Davide Mazzon (Direttore del reparto di rianimazione di Belluno nonché coordinatore SIAARTI) afferma di essere testimone della disarmonizzazione tra ciò che ci chiede la società civile e il mondo professionale ("la necessità di temperare i

profondi avanzamenti del progresso tecnico-scientifico con le scelte esistenziali individuali") e ciò che proviene dal mondo istituzionale, inteso come politica e comitato nazionale di bioetica. Questi sono i pilastri che regolano deontologicamente il rapporto tra medico e paziente: 1) il consenso informato, inteso soprattutto come alleanza terapeutica, sorta di camera compensatoria tra due autonomie; 2) il dovere medico di intervenire che trova un limite invalicabile nel rifiuto di cura espresso dal paziente; 3) l'obbligo deontologico di rispettare le dichiarazioni anticipate di volontà. Questa armonizzazione è venuta meno pur nell'autonomia e responsabilità del medico in accordo col paziente. Le società scientifiche dicono una cosa, la politica ne dice un'altra: ecco lo iato. Come esempi dell'attuale disarmonizzazione Mazzon ha portato due esempi. Ha citato dapprima il documento del Comitato nazionale di bioetica sulla gestione dei prematuri estremi, che si è tradotto in raccomandazione del Consiglio superiore della Sanità, che dice che i neonati pretermine – dal momento che l'età gestazionale non ha nessun valore predittivo – devono essere rianimati a prescindere e quello sulla nutrizione artificiale, che non è un trattamento sanitario medico/infermieristico e che le direttive anticipate sono fattibili solo in merito a trattamenti sproporzionati o sperimentali. Secondo Mazzon è violenza inaudita dire che alla fine della vita, in urgenza/emergenza, queste direttive non hanno valore; proprio nel momento in cui la persona è maggiormente vulnerabile. Il codice è più che sufficiente per indirizzare le scelte etiche dei medici, non serve una legge sulla fine vita.

Intervenendo brevemente sul testamento biologi-

co Amedeo Bianco ha affermato che la Fnomceo ha consultato le società scientifiche per questa necessaria pausa di riflessione.



È intervenuto infine il sindaco di Venezia, prof. Massimo Cacciari: "Stiamo vivendo su questi temi un momento abbastanza traumatico. Faccio mio l'appello ad affrontare questo tema con grande rispetto reciproco e pieno riconoscimento dei valori di

cui ognuno si ritiene portatore. Il tema per me più delicato è quello dell'intervento necessario/non necessario della politica in una materia così delicata. Certo sarebbe bello se tutto si potesse risolvere nel rapporto umano, esistenziale medico/malato, però realisticamente ritengo che ciò non sia più possibile. La gravidanza con cui la scienza, il complesso tecnico-scientifico interviene nella vita, la potenza che ormai è in grado di esprimere nel determinare proprio la vita; come pensiamo pensare che ciò possa avvenire senza un interessamento diretto proprio della politica, anche con tutta la sua incompetenza sulla materia che voi state affrontando. Oggi si parla di Biopolitica e credo che si tratti di un termine esatto; oggi la politica ha a che fare con il mondo della vita che – come mai in passato – la scienza è in grado di determinare. Non si tratta più di una medicina che cura, di una medicina che viene ex-post rispetto alla vita, è più che medicina, è una meta-medicina. Le scienze biomediche hanno questo potere e si interconnettono con la politica, è una fase drammatica in cui ci muoviamo ancora del tutto a tentoni e per questo è necessario quel richiamo alla moderazione, al rispetto, alla riflessione". In riferimento poi alla medicina ippocratica, Cacciari afferma che "...quel quadro etico-valoriale va trasformato, ci obbliga ad una forte modificazione e dobbiamo saper procedere per prove ed errori, con grande capacità anche di reversibilità, poiché è un quadro ancora del tutto incerto. È facile sorridere sulla confusione dei testi legislativi italiani, contraddittori... ma in questo caso particolare più che in altri è scusabile".

Sul consenso informato/testamento biologico Massimo Cacciari pone soprattutto alcune domande: quando chiedere il consenso, quando mi informo, chi mi informa, cosa posso scrivere in questo testamento? Posso scrivere le cure che voglio e che non voglio? Come faccio a sapere cosa ci sarà in futuro? E se dovessi cambiare idea? "Qui deve esserci più spazio alla libertà, alla mia libertà,

oggi ho una mia consapevolezza, scrivo adesso il mio testamento ma... ambiguità, posso cambiare parere, il discorso è necessariamente approssimativo. Non è possibile trovare una definizione normativa del testamento biologico, è una procedura, un'arte". Cacciari parla di deliri normativistici in una Società del rischio ma anche della litigiosità permanente. Una volta la Società civile era meno impaziente e meno esigente. Oggi c'è un principio fondamentale, filosoficamente parlando: qualunque norma non può ledere la mia libertà, la libertà – secondo Cacciari – è il valore della contemporaneità. *"È nostalgia reazionaria mettere paletti a questa libertà. Ogni intervento legislativo non deve*

ledere questo principio, altrimenti incentiveremmo la medicina di classe: chi può va all'estero, chi non può resta in Italia, qualora la legge normi in modo da limitare la mia libertà (vedi questione dell'aborto/fecondazione artificiale), contrasti l'opinione comune. Ci vuole pertanto saggezza, moderazione, dialogo, ricordando che la libertà è il valore moderno invalicabile nel mondo".

Alle ore 14.15 si chiude il Simposio.

Franco Fabbro

Foto: G.Mazzega - Interpress photo

Imprese e problematiche di fine vita: un progetto possibile?

A cura dell'Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita (AIDeF)

Nelle aziende si parla ormai da tempo di "Risorse Umane" per indicare le persone che collaborano con l'imprenditore per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Vengono appunto definite risorse perché rappresentano una fonte di ricchezza.

Trattandosi però di persone, chi si occupa di gestione aziendale e organizzazione (dagli imprenditori ai manager e soprattutto ai direttori del personale) non può sottovalutare le problematiche particolari che possono presentarsi, soprattutto quelle relative all'aspetto psicologico, ai problemi che affliggono l'essere umano anche al di fuori delle organizzazioni aziendali ed alle possibili conseguenze che tutto ciò può avere poi sul coordinamento organizzativo e sull'efficacia e l'efficienza aziendale.

Partendo da tali considerazioni, la presente ricerca ha voluto ampliare i concetti del clima organizzativo, per arrivare a toccare delle questioni molto delicate ma fondamentali per la vita di ogni individuo non riconoscendolo soltanto come un componente dell'azienda ma anche come una persona con proprie esigenze e problematiche interiori.

In questo scenario l'Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita (AIDeF), l'Associazione Laureati in Economia Aziendale di Cà Foscari (ALEA), Salone d'Impresa ed il Gruppo Giovani Imprenditori di Apindustria Padova hanno analizzato come venga affrontato nelle differenti realtà aziendali il difficile tema delle problema-

tiche di "fine vita" dei collaboratori o dei loro familiari e soprattutto si è voluto capire se sia necessario sviluppare un progetto di supporto alle aziende in cui confluiscano oltre a quella aziendale anche altre competenze come quella psicologica e medica.

L'analisi è stata effettuata su circa 300 aziende, soprattutto venete, attraverso la somministrazione di un questionario contenente 11 domande mirate ad analizzare i seguenti punti:

- il livello di consapevolezza delle problematiche di fine vita in azienda,
- il livello di interesse personale dell'impresa al tema del fine vita,
- il livello di interesse riguardo alle ripercussioni aziendali della tematica,
- l'attuale livello sociale,
- il livello di azione possibile.

Conclusioni

Il quadro generale che è emerso da questa ricerca è particolarmente ricco di riflessioni. Un grande silenzio avvolge nella nostra società i temi della morte e del lutto. Sono argomenti difficili da affrontare, oggetto di una grande rimozione collettiva. Eppure tutti facciamo l'esperienza del lutto e cerchiamo di uscirne. Anche l'ambiente economico non può sottrarsi a questo problema poiché le aziende sono formate da persone che trascorrono il maggior tempo della loro giornata lavorando.

Partendo dalla constatazione che il 52% delle

Attività
dell'Ordine

15

risposte date alla domanda *“Ha mai pensato al problema del fine vita in relazione al sistema organizzativo aziendale?”* afferma di non averci mai pensato e che il 79% degli intervistati risponde negativamente alla domanda *“Si è mai confrontato con altri colleghi sull'argomento?”*, si assiste però ad una crescente sensibilità verso la tematica del fine vita anche per le possibili implicazioni organizzative ed economiche. Questo è dimostrato dalla domanda *“Considera che questa problematica possa comportare rilevanti implicazioni a livello organizzativo?”* a cui il 78% risponde abbastanza e dalla successiva domanda *“Pensa che questo problema possa avere conseguenze nel rendimento dei suoi dipendenti?”* a cui il 71% ha risposto abbastanza e molto. Un aspetto positivo è evidenziato dal fatto che il 74% degli intervistati ha reagito all'evento, principalmente attraverso la partecipazione al lutto. Da tutto questo si evince che il datore di lavoro è consapevole del problema ma non sa come affrontarlo tanto che se alla domanda *“Come si è comportato con il collaboratore o con la sua famiglia?”* il 74% risponde di aver partecipato al lutto, a quella *“Ha pensato a come sarebbe opportuno agire per un suo collaboratore in situazione di fine vita?”* il 41% pensa sia giusto partecipare al lutto mentre il 38% pensa sia corretta una visita personale.

Inoltre emerge dalla ricerca che sebbene fino ad oggi il 92% delle aziende intervistate non hanno

usufruito di nessun supporto di tipo psicologico per affrontare questi tragici eventi, un'altissima percentuale (83%) ha risposto che al sistema organizzativo sarebbe utile un'azione di supporto psicologico qualora si verificasse una situazione di fine vita. Tutto ciò conferma che c'è un problema socio-culturale in cui il tema della morte e del lutto sono ancora argomenti tabù che il più delle volte vengono risolti in malo modo da soli ed in silenzio.

Il dolore di un lutto sconvolge il nostro modo di sentire e di essere, modifica le nostre reazioni emotive e le nostre reazioni fisiche: immunologiche, metaboliche, endocrinologiche e quindi anche il rendimento lavorativo. Ma non solo, poiché un lutto non elaborato può portare ad un lutto patologico. Per questo motivo è importante il risultato della ricerca che evidenzia come nelle aziende ci dovrebbe essere un sostegno psicologico per aiutare i lavoratori a superare adeguatamente le difficoltà personali ed intrapersonali e ristabilire un clima organizzativo idoneo e produttivo. Infine da questa ricerca scaturisce la rilevante esigenza di manager ed imprenditori di essere formati ad affrontare le dinamiche aziendali legate alle problematiche di fine vita del proprio personale.

La ricerca è stata presentata al Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita tenutosi a Mestre il 16 maggio 2009