

# CONVEGNO SULLA PRATICA DEL CODICE DEONTOLOGICO

Sala riunioni Ospedale S. Martino Belluno

Venerdì 28 novembre 2009

Relazione del dott. Davide Mazzon

## L'ALLEANZA FRA MEDICI E CITTADINI NON PUO' ESSERE MINATA DA CONTENUTI ANTISCIENTIFICI E VISIONI MORALI IMPOSTE PER LEGGE

La relazione interpersonale e professionale che il Medico intraprende con il cittadino, è fondata su 4 pilastri fondamentali, ben esplicitati nel Codice di Deontologia Medica (CDM) del 2006:

- L'informazione al paziente ed il suo consenso consapevole rappresentano il fondamento etico, deontologico e giuridico di ogni azione sanitaria.
- Il dovere medico di intervenire trova un limite invalicabile nel rifiuto a qualsiasi tipo di cura da parte del paziente, dal trapianto di cuore alla semplice iniezione intramuscolare.
- Il medico ha il dovere di tenere nella massima considerazione le volontà pregresse di coloro che non sono più in grado di esprimere le proprie volontà.
- Il medico ha il dovere di ancorare il proprio intervento al grado più alto di evidenze scientifiche disponibili.

Nella storia del nostro paese, quando il legislatore è intervenuto per normare aspetti rilevanti che riguardavano la nascita, la malattia e la morte, si sono trovati momenti di sintesi fra evidenze scientifiche, principi generali dell'ordinamento e diverse visioni etiche che hanno consentito la promulgazione di ottime leggi che noi medici applichiamo in piena coerenza con il nostro CDM. Ne sono esempi la legge 194 del 1978 sull'interruzione di gravidanza e la legge 578 del 1995 sull'accertamento della morte.

A mio parere, questa armonizzazione negli ultimi anni è venuta meno con un preoccupante crescendo dove presupposti ideologici di parte, in cui ha avuto un peso innegabile il magistero Cattolico, sono stati presentati come certezze "non negoziabili", e hanno giustificato scelte politiche in contrasto sia con l'oggettività delle evidenze scientifiche sia con alcuni contenuti del CDM.

Il primo esempio è rappresentato dalle anomalie della Legge 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita (obbligo dell'impianto di 3 embrioni, impossibilità di un ripensamento dopo la fecondazione in vitro, divieto di diagnosi prenatale, ecc.). Nella sua stesura non è stata tenuta in

alcun conto né l'opinione delle società scientifiche che esprimevano la propria preoccupazione per la antiscientificità della legge né quella dei giuristi che ne ravvedevano un impianto anticostituzionale. E infatti, 5 anni dopo, una sentenza della Corte Costituzionale pubblicata il 14/5 sulla G.U. in merito ai vincoli posti al medico dalla Legge 40 afferma che “in materia di pratica terapeutica la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del Medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali”

Il secondo esempio è a mio avviso forse lo schiaffo più forte dato dalla politica alla comunità scientifica italiana: il caso Di Bella. Di Bella era un medico che per le sue fantasie antiscientifiche si era messo al di fuori della comunità scientifica ma ha trovato un tale ascolto sui media e tali sponsors politici che nel 2005 il Parlamento approvò una mozione congiunta Polo-Ulivo per istituire una Commissione di esperti internazionali allo scopo di verificare l'efficacia del suo fantasioso trattamento anticancro. Tutti sappiamo come è andata a finire, e cioè con la conferma della assoluta inefficacia dell'intruglio “Di Bella”, ma non possiamo dimenticare come ne è uscita l'immagine della comunità scientifica del nostro paese, annichilita da una decisione politica presa sulla spinta della “piazza”.

Pregiudizi antiscientifici ed un approccio ideologico francamente vitalistico e paternalista, estraneo alla medicina moderna e in contrasto col CDM, hanno poi ispirato 2 documenti del Comitato Nazionale di Bioetica, (CNB) che a loro volta hanno poi ispirato dei pronunciamenti istituzionali.

Il primo riferimento è al documento del 29/2/2008: “I grandi prematuri: note bioetiche”. Esso ha ispirato le “Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse” del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), assunte poi dal Ministero e trasmesse alle Regioni per la loro applicazione nei nostri Ospedali. Ebbene, in estrema sintesi, questo documento del CSS sostiene che l'età gestazionale non è un parametro affidabile per valutare la prematurità del feto e che quindi, nell'incertezza, è necessario garantire sempre ai neonati pretermine la rianimazione cardiopolmonare anche quando non vi sono probabilità di sopravvivenza (Es. 22 sett.) o quando vi sono elevatissime probabilità di una gravissima disabilità. Va sottolineato il fatto che le indicazioni del CSS e quindi del Ministero sono in contrasto con 15 documenti di Linee-Guida di società scientifiche internazionali di neonatologia e che i pronunciamenti di 3 società scientifiche italiane (International Resuscitation Council, Società Italiana di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica, Club Italiano di Anestesia Ostetrica) non sono stati presi in alcuna considerazione.

E un pregiudizio antiscientifico, in contrasto con il parere assolutamente unanime di tutte le società scientifiche italiane e internazionali che si occupano di Nutrizione Artificiale, è espresso nel documento del CNB del 30/12/05, approvato nonostante ben 13 autorevolissime “dissenting opinions”, che mette in dubbio la natura di atto medico della Nutrizione Artificiale (NA). Questo

pronunciamento è tornato alla ribalta in occasione della mostruosità normativa che ha preso forma nel ddl “contro” il Testamento Biologico votato al Senato il 26/3/09.

Mostruosità perchè all’art. 3 comma 4 si afferma che il paziente può esprimere Dichiarazioni Anticipate (DA) solo su trattamenti sproporzionati, cioè quei trattamenti che il Medico non deve erogare sulla base della base del proprio CDM. Non è solo una norma inutile, ma è anche antideontologica dal momento che il CDM afferma che il paziente può rifiutare qualsiasi trattamento, anche cioè quelli che il medico ritenesse proporzionati.

Mostruosità perché nell’art. 3 , al comma 6, si afferma con assoluta antiscientificità che la NA non è trattamento medico ma “sostegno vitale destinato ad alleviare la sofferenza”: immaginiamo quale sollievo può provare un morente nell’essere ingozzato per legge? Mostruosità perché si fa un riferimento alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 12/2006 facendone derivare la obbligatorietà della NA per i disabili, che è il contrario di ciò che la Convenzione stessa afferma. Infatti, l'unica volta che nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità si parla di “food and fluids” è all’art. 25, e solo per dire che «[States Parties shall] prevent discriminatory denial of health care or health services or food and fluids on the basis of disability», aggiungendo poi che ogni trattamento deve essere applicato "on the basis of free and informed consent". Mostruosità perché la comunità scientifica internazionale all'unanimità e con essa quella Italiana con la Federazione delle Società Italiane di Nutrizione Umana (che comprende le 5 Società Scientifiche Italiane impegnate in questo ambito clinico), la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva e la Società Italiana di Cure Palliative, convengono da anni sul fatto che la natura di Nutrizione e Idratazioni Artificiali è quella di trattamenti sanitari Medico-Infermieristici. Pertanto, solo il consenso informato del paziente conferisce ad essi la piena legittimità etica, deontologica e giuridica, ed il paziente stesso può liberamente rifiutarne l'applicazione. Recentemente, anche il documento del Consiglio Nazionale FNOMCeO sulle DA (Documento di Terni, 6/2009) ha fatto propria la posizione espressa unanimemente dalla comunità scientifica. Il ddl assume invece la esclusiva posizione della Conferenza Episcopale Italiana, ispirandosi quindi ad un approccio di derivazione religiosa, rispettabilissimo, ma la cui rispettabilità non giustifica il fatto che questo parere possa essere fatto proprio da una legge dello stato, vincolante per tutti i cittadini; su questo punto, è auspicabile che la preoccupazione espressa da parte del Presidente della Camera on. Fini per una legge sul Testamento Biologico da "Stato Etico" funga da autorevole campanello d'allarme per i Parlamentari che si apprestano a riconsiderare il ddl già approvato al Senato. Ma le mostruosità non finiscono qui: al comma 7 dell’art. 3 pare che la legge debba applicarsi solo alle persone in stato vegetativo; c’è da chiedersi a che serve una legge applicabile allo 0,005% dei pazienti alla fine della vita. Altra mostruosità all’art. 4 comma 6: le DA

non si applicano in urgenza/emergenza, proprio cioè quando la persona è maggiormente vulnerabile e maggiormente ne andrebbe tutelata la autonomia, nel caso in cui egli abbia voluto esprimere le DA. Ancora all'art.7: le DA non sono vincolanti per il Medico, quindi, avendo lo stesso valore di una telefonata o una e-mail, che senso ha esprimerle? Questa breve rassegna da un lato motiva lo sconcerto di non pochi medici per la scarsa considerazione della politica nei confronti delle posizioni della comunità scientifica, dall'altra rende a mio avviso evidente come la politica oggi nel nostro paese sia impreparata a fornire soluzioni legislative alle questioni bioetiche nel rispetto sia dei principi generali dell'ordinamento (art. 32 della Costituzione), sia dell'autonomia decisionale di ciascun cittadino in ambito sanitario. E' per questo che oggi il CDM, i cui pilastri ho riassunto all'inizio di queste considerazioni, può rappresentare non solo una bussola di orientamento per il medico, ma anche un sicuro patto di garanzia da offrire ai cittadini. Cittadini che oggi sempre più ci chiedono di temperare le nuove opportunità offerte dal progresso tecnico-scientifico con le proprie scelte esistenziali, in un contesto contraddistinto da pluralismo etico e culturale. Cittadini per i quali a mio parere il CDM, assieme ai principi generali del nostro ordinamento e ai trattati sovranazionali (Convenzione di Oviedo), dà le più ampie possibilità di autodeterminarsi nelle scelte sanitarie, senza che vi sia alcun bisogno di una pessima legge, ispirata da pregiudizi antiscientifici e da un approccio ideologico, incapace di rappresentare le innumerevoli sfaccettature della condizione umana di malattia e del rapporto Medico-Paziente.

Davide Mazzon

Direttore Dipartimento Chirurgico e UO Anestesia e Rianimazione Ospedale di Belluno

Vice-Coordinatore Commissione di Bioetica Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

ARTICOLO IN CORSO DI STAMPA SUL n° 150 DELLA RIVISTA "RICERCA E PRATICA",  
la cui pubblicazione su Belluno Medica è stata autorizzata.