



Vicoforte (CN), 24 Ottobre 2009

La difesa della Vita nella professione medica!

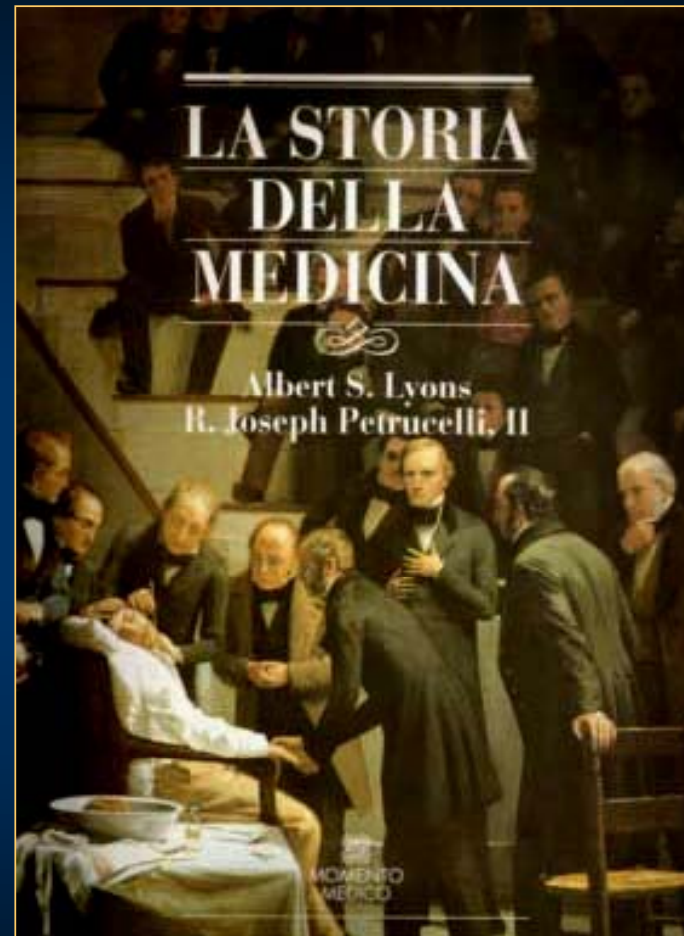
***IL MEDICO TRA DEONTOLOGIA
E PRATICA MEDICA***

Franco Balzaretti

Segretario Nazionale A.M.C.I.

Fino a non molto tempo fa, un medico **si trovava raramente a vivere gravi conflitti di coscienza** per il comportamento da adottare nei confronti del proprio paziente.

Egli offriva, solitamente, al paziente tutto ciò che la scienza medica permetteva in un quadro di armonica convivenza tra **etica, deontologia e diritto.**





Oggi la situazione è profondamente cambiata, per le **nuove acquisizioni tecnologiche** unitamente alle profonde **trasformazioni sociali**.

La **scienza medica**, infatti, è chiamata sempre più a **confrontarsi** o meglio a **dialogare** con il **diritto**, con la **deontologia** e con **l'etica**.

Ma il dialogo non è sempre scorrevole e limpido per :

- **difficoltà interpretative dei testi giuridici**
- **assenza di normative** chiare e univoche di riferimento,
- **nuove situazioni** da affrontare in settori delicati ed importanti dell'esistenza: **inizio e fine vita,**
- **nuova interpretazione dei concetti di salute e malattia,**

Tutto questo rende **difficile** ed **incerto** l'agire del medico.


Sollevando **quesiti** ed **interrogativi** ed esponendolo a **difficoltà** e **dissidi** interiori che possono sembrare insolubili.





Ed è proprio alla luce di queste considerazioni, che vengono sollevate alcune **nuove questioni**, soprattutto in termini **obiezione di coscienza**:

1. **Nell'aborto** : chirurgico o farmacologico (**RU486**)
2. nella prescrizione/dispensazione dei contraccettivi d'emergenza (**Norlevo**), con il coinvolgimento del farmacista;
3. l'obbligatorietà o meno di **prescrizione** della **pillola estroprogestinica** a scopi contraccettivi;
4. l'applicazione della **Legge n. 40/2004** sulla **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**;
5. la possibilità di non prendere parte ad **interventi di sterilizzazione** con finalità meramente contraccettiva.
6. **Il fine vita** : eutanasia e/o **accanimento terapeutico**

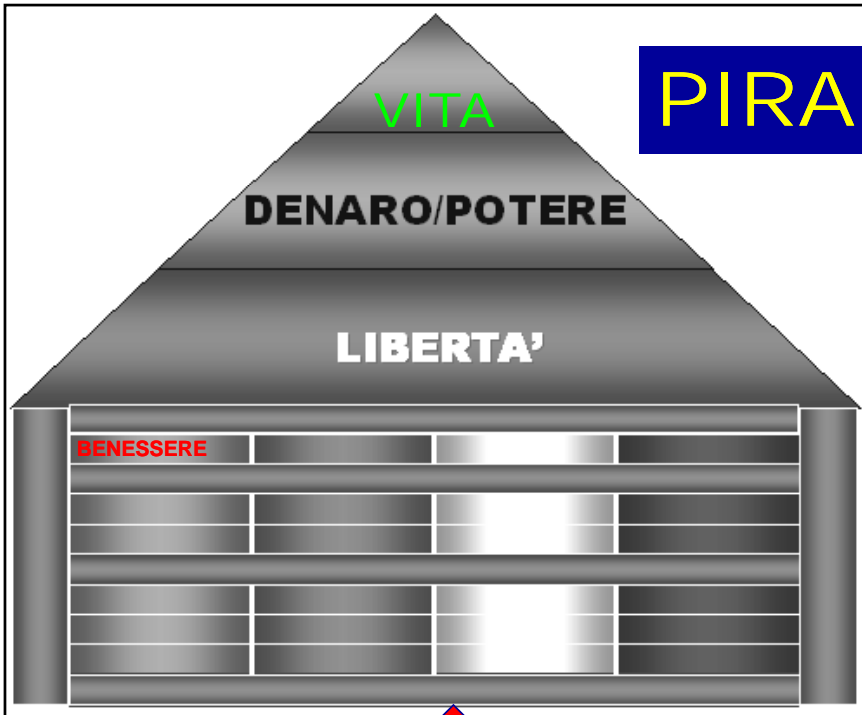
**MOLTI SI DOMANDANO :
PERCHE' TANTE DIVISIONI SU QUESTI ARGOMENTI ?**

 E' solo un discorso di **fede** e di **ideologie**?

 Oppure per il modo in cui si considera la **persona umana**?

 O per la ricerca di una **libertà assoluta** che non deve sottostare a nulla, neppure alle leggi della natura?

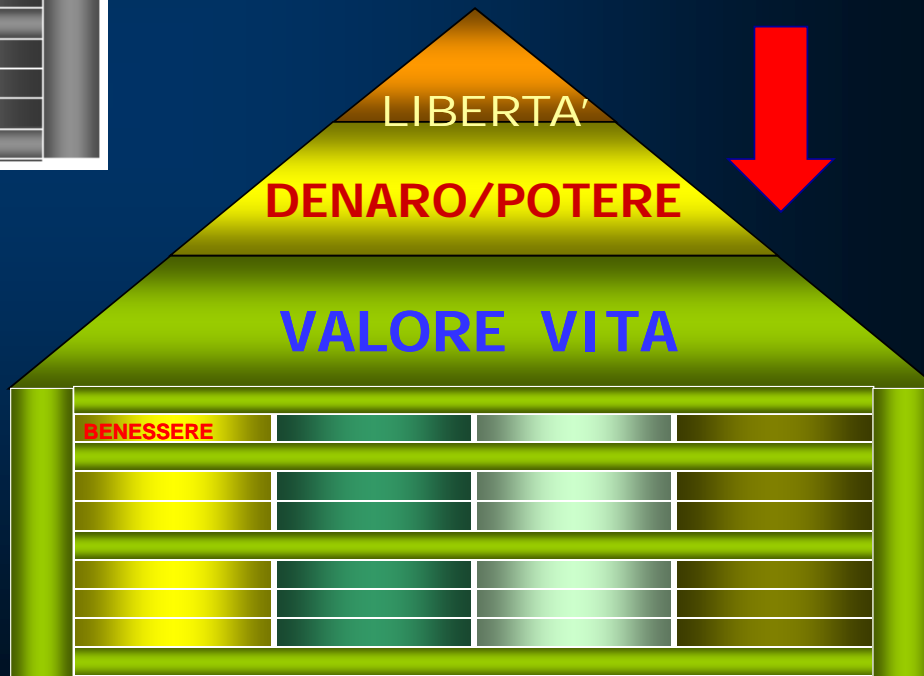
PIRAMIDE DEI VALORI



IN PASSATO...



... E OGGI



Evoluzione in Medicina

Progresso in campo medico presuppone :

- *NUOVE conoscenze scientifiche*
- *NUOVE disponibilità tecnologiche*
- *NUOVA organizzazione*

per cui si sono determinate

**Modificazioni profonde nella
procreazione, nell'evoluzione
naturale di molte malattie e della morte**

L' Evoluzione Socio-Culturale

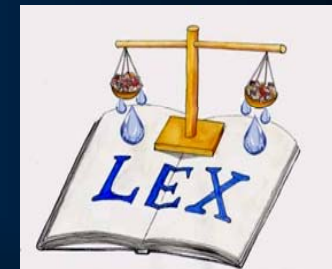
Spesso passano in secondo piano gli aspetti:

**umani - personali - emotivi - morali - sociali
filosofici e religiosi**

È sempre più ampia

La DIVARICAZIONE tra

finalità cliniche



aspettative delle persone

L'inizio Vita



L' ABORTO



FACCIAMOLO
NASCERE !

*FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI*



**CODICE DI
DEONTOLOGIA
MEDICA**

16 DICEMBRE 2006

Art. 43

Interruzione volontaria di gravidanza

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

L'obiezione di coscienza del medico si esprime nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna.

LEGGE 194

L. 22 maggio 1978, n. 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Art. 9

Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie NON e' tenuto a prendere parte alle procedure ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione.

La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma.

Art. 9

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento .

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.



L'Aifa e la Ru486

Non si gioca con le parole né con la vita di figli e madri

Se si prende alla lettera quel che l'Agenzia del farmaco (Aifa) detta nei suoi comunicati sembra non esserci nulla da temere.

Per il completamento dell'iter burocratico manca ancora la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, tuttavia **l'AIFA afferma che «sono state disposte restrizioni importanti», e non c'è alcun rischio né di «banalizzazione dell'aborto» né di «impiego come metodo contraccettivo».**

Mar 20/10/2009

LA STAMPA

Estratto da pag. 19

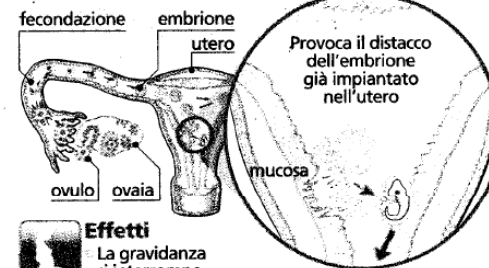
PREVISTO IL RICOVERO DELLA DONNA DALL'INIZIO ALLA FINE DEL TRATTAMENTO

Ultimo sì per la pillola abortiva

Via libera definitiva dell'Aifa: ora tocca alle Regioni stabilire i protocolli applicativi

La pillola RU486

Come funziona



Effetti

La gravidanza si interrompe



Composizione

Contiene mifepristone e prostaglandine



Tempi

Va assunta entro la settima settimana di gravidanza



Radio Vaticana del 26 - 02 - 2008

Sui temi della vita, c'è troppa confusione.

La RU 486 non è un'aspirina

così il vicepresidente dei Medici Cattolici Italiani Franco Balzaretti

Sulla pillola RU 486 c'è molta confusione, perché viene propagandata come una sorta di "aborto fai da te". In realtà, il primo giorno si assume questa pillola RU 486 che uccide l'embrione e il terzo si assume un altro farmaco che ne favorisce l'espulsione.

*Ma che cosa succede? Succede che **rispetto all'aborto chirurgico - che è effettivamente una manovra invasiva, ma che ha un bassissimo rischio di mortalità - in questo caso ci sono dei rischi veramente elevati, soprattutto quando questa pratica avviene non in un ospedale, ma presso il domicilio della paziente.***

E' una pillola che può avere dei gravi effetti collaterali ed anche una certa mortalità, che favorisce infezioni ed emorragie. C'è poi l'aspetto psicologico: non dimentichiamo che queste donne che prendono tale decisione non possono essere trattate come un **paziente che ha l'influenza e prende un'aspirina**. Si tratta di donne che subiscono dei gravissimi traumi a livello psichico ed hanno, quindi, bisogno di avere dei supporti psicologici. Cosa, questa, che presso le loro famiglie spesso non avviene

La Fecondazione Medicalmente Assistita F M A



Art. 44 CODICE DENTOLOGIA MEDICA : Fecondazione assistita

La fecondazione medicalmente assistita è un atto integralmente medico ed in ogni sua fase il medico dovrà agire nei confronti dei soggetti coinvolti secondo scienza e coscienza.

Alla coppia vanno prospettate tutte le opportune soluzioni in base alle più recenti ed accreditate acquisizioni scientifiche ed è dovuta la più esauriente e chiara informazione sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità e sui rischi eventualmente incidenti sulla salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione.

E' fatto divieto al medico di attuare:

a) forme di maternità surrogata (UTERO IN AFFITTO)

b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;

c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;

d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

Art. 44 CODICE DENTOLOGIA MEDICA : Fecondazione assistita

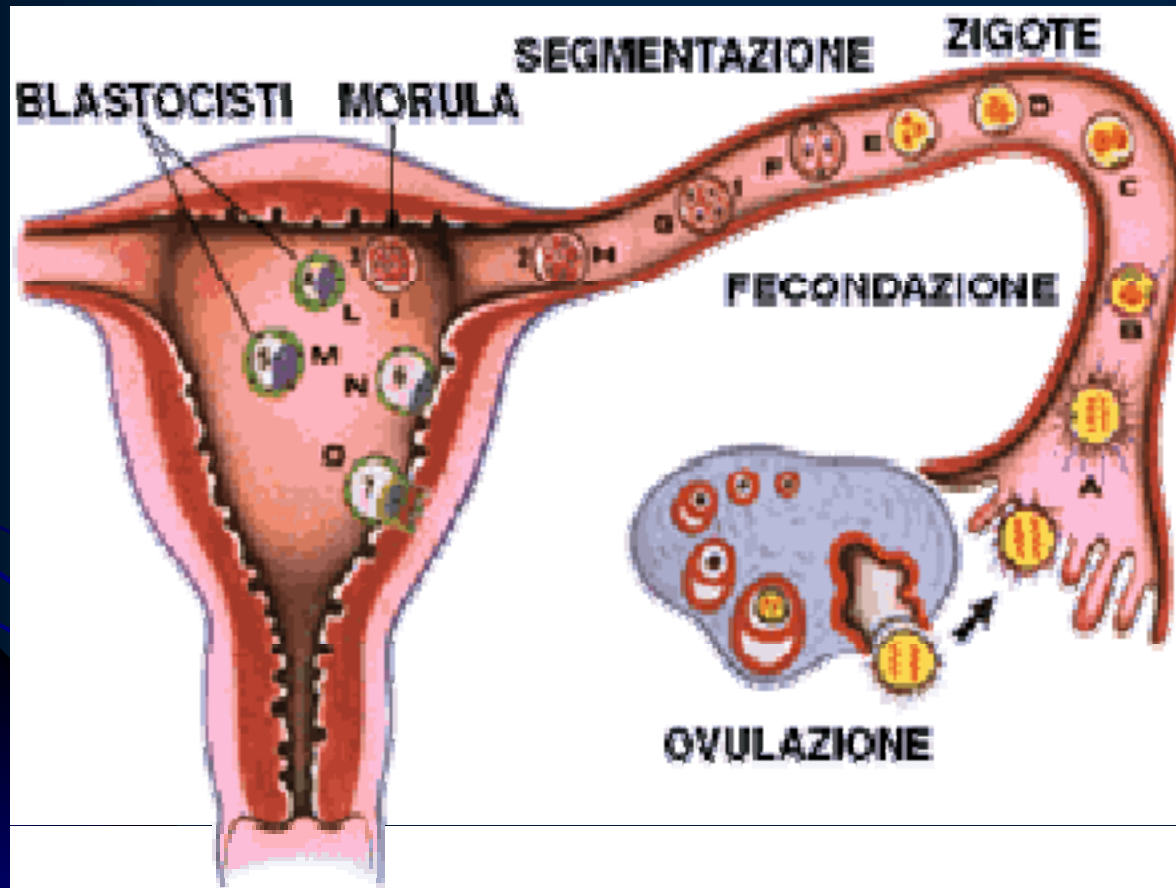
E' proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a **selezione etnica** e a **fini eugenetici**;

non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca ed è vietato ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali.

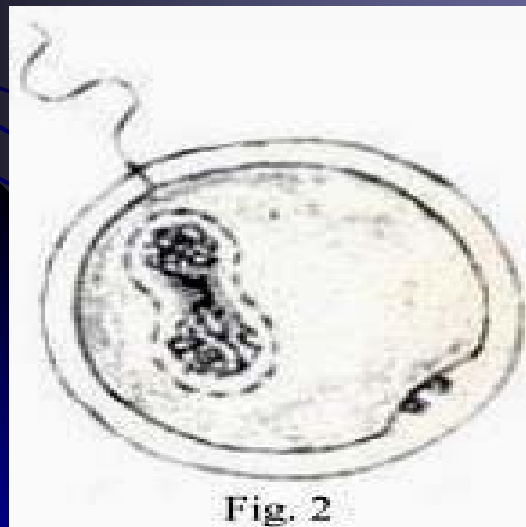
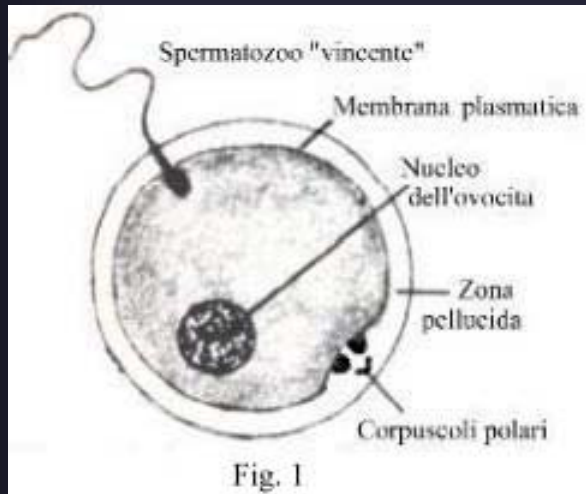
Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in centri non autorizzati o privi di idonei requisiti strutturali e professionali.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.

LA FECONDAZIONE UMANA



LA FECONDAZIONE UMANA



LA PMA FECONDAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

LE TECNICHE PIU' UTILIZZATE SONO :

- 1. GIFT** : Gamete Intrafallopian Transfer
- 2. FIVET** : Fertilizzazione in vitro (FIV) e trasferimento in utero (ET).
- 3. ICSI** : Iniezione Intracitoplasmatica singolo spermatozoo.

Esistono poi altre tecniche meno utilizzate:

- 1. SUZI** : Spermatozoi under (sotto) zona intracitoplasmatica.
- 2. ZIFT** : Zigote Intrafallopian Transfer
- 3. TET** : Tubal Embrio Trasfer
- 4. POST** : Peritoneal Oocyte e Sperm Transfer

1 su 5

**LE COPPIE
CHE NON RIESCONO
AD AVERE FIGLI**

1 su 100

**I BAMBINI NATI
IN PROVETTA
IN ITALIA**

4 MESI

**L'ATTESA NEL
SETTORE PRIVATO
PER UN'INTERVENTO
DI FECONDAZIONE
ASSISTITA**

6 MESI

**L'ATTESA NEL
SETTORE PUBBLICO**

**DA 3.000
A 10.000**

**EURO
IL COSTO MEDIO
DI UN INTERVENTO**

6.000

**I FIGLI DELLA
FECONDAZIONE
ARTIFICIALE**

1978

**L'ANNO DI NASCITA
DEL PRIMO BIMBO
IN PROVETTA**

5.022

**LE COPPIE
PROPRIETARIE
DI EMBRIONI
CONGELATI**

31.000

**GLI EMBRIONI
CONSERVATI IN ITALIA**

196°

**GRADI SOTTOZERO,
LA TEMPERATURA
CUI SONO
CONSERVATI
GLI EMBRIONI
IN SOVRANNUMERO**

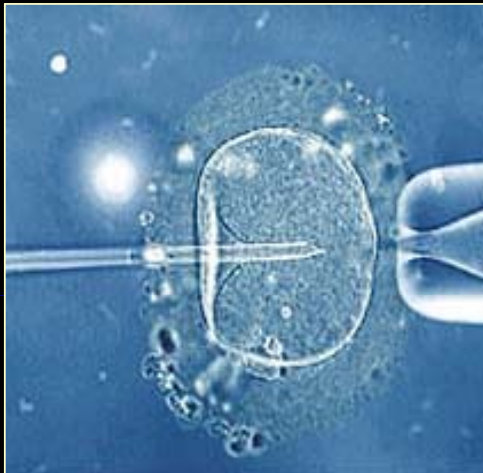
384

**I CENTRI
SPECIALIZZATI**

La legge 40 del 19 . 02. 04

"Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"

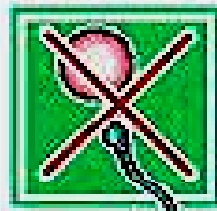
**ci si trova di fronte ad un significativo
esempio per il quale l'intervento
normativo ha posto dei confini :**



Essa tra l'altro prevede...

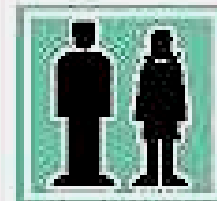
La legge

I punti principali della legge sulla procreazione medicalmente assistita



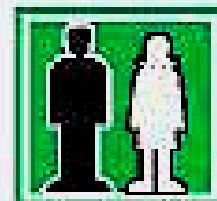
Accesso alla procreazione assistita

Consentito solo nei casi di sterilità o infertilità documentata e non risolvibile terapeuticamente



Quali coppie

Coppie di fatto, oltre a quelle coniugate, purché maggiorenni in età potenzialmente fertile. No ai single, ai gay, alle "mamme-nonne" e alla fecondazione post mortem



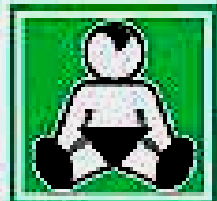
No all'eterologa

Vietata la fecondazione eterologa, cioè con seme di persona estranea alla coppia



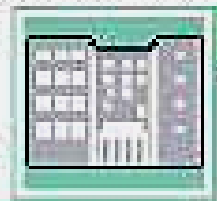
Consenso informato

Informazione alle coppie dei possibili effetti, sanitari e psicologici. Una volta che l'ovulo è fecondato deve essere impiantato entro sette giorni e non è possibile alcun ripensamento da parte della coppia



Tutela del nato e del nascituro

Si assicura il diritto a nascere del concepito. I bambini che nasceranno saranno figli legittimi della coppia o acquisiranno lo status di figli riconosciuti della madre o della coppia stessa

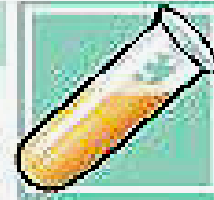


Strutture autorizzate

Strutture pubbliche o private autorizzate dalle Regioni e iscritte in un apposito registro

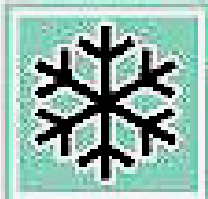


Embrioni e sperimentazione
Vietate sia la sperimentazione sugli embrioni sia la clonazione umana. Ricerca clinica sull'embrione solo se finalizzata alla tutela della sua salute e del suo sviluppo



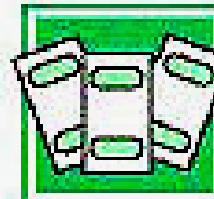
Limiti alla produzione di embrioni

E' possibile produrre non più di tre embrioni per volta, ovvero il numero necessario a un unico e contemporaneo impianto N. 3



Crioconservazione

Consentita solo quando il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per gravi e documentati problemi di salute della donna che non erano prevedibili. Gli embrioni possono rimanere congelati fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile



Sanzioni

Previste sanzioni amministrative, civili e penali rapportate alla gravità delle violazioni delle disposizioni della legge

**MA SI TRATTA DI UNA TECNICA INVASIVA
CON NOTEVOLI RISCHI**

Basso peso alla nascita:

Schieve LA et al: *Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology*. N Engl J Med 2002.

Plurigemellarità e nascite premature:

Greisen G: *Multifoetal pregnancy and prematurity: the costs of assisted reproduction*. Acta Paediatr 2002;91:1449-50.

Doppio rischio di paralisi cerebrali:

Stromberg B et al: *Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study*. Lancet 2002;359:461-5.

Rischio doppio di gravi handicap :

Hansen M et al: *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilisation*. N Engl J Med 2002;346(10):725-30
Koren G: *Adverse effects of assisted reproductive technology and pregnancy outcome*. Ped Res 2002.NN:
Neurological sequelae and major birth defects in children born after in-vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection. Eur J Pediatr 2003;162:64.

Mortalità perinatale: 40% in più

Frans M Helmerhorst et al: *Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies*. BMJ 2004; 328:261.

Ma tutte queste discussioni ruotano attorno ad un unico ed assurdo quesito:

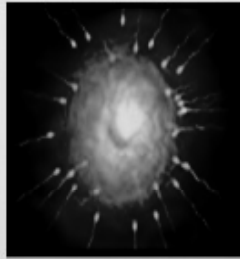
L'embrione è un essere umano?

E se lo è deve avere la stessa dignità di ogni altro essere umano?

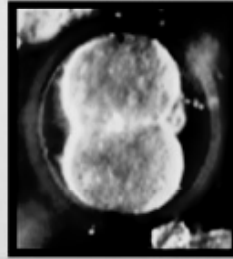




Baby Evolution - Conception to Birth



Racing to Fertilization



2 WEEKS



4 WEEKS



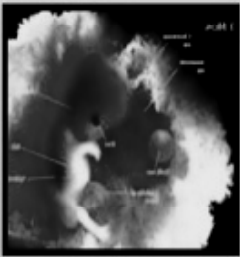
6 WEEKS



7 WEEKS



8 WEEKS



12 WEEKS



14 WEEKS



16 WEEKS



18 WEEKS



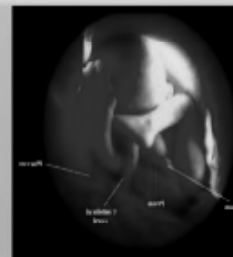
20 WEEKS



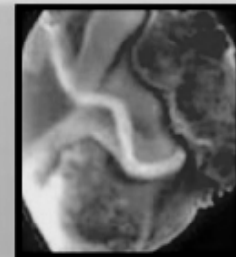
21 WEEKS



26 WEEKS



32 WEEKS



36 WEEKS



38 WEEKS



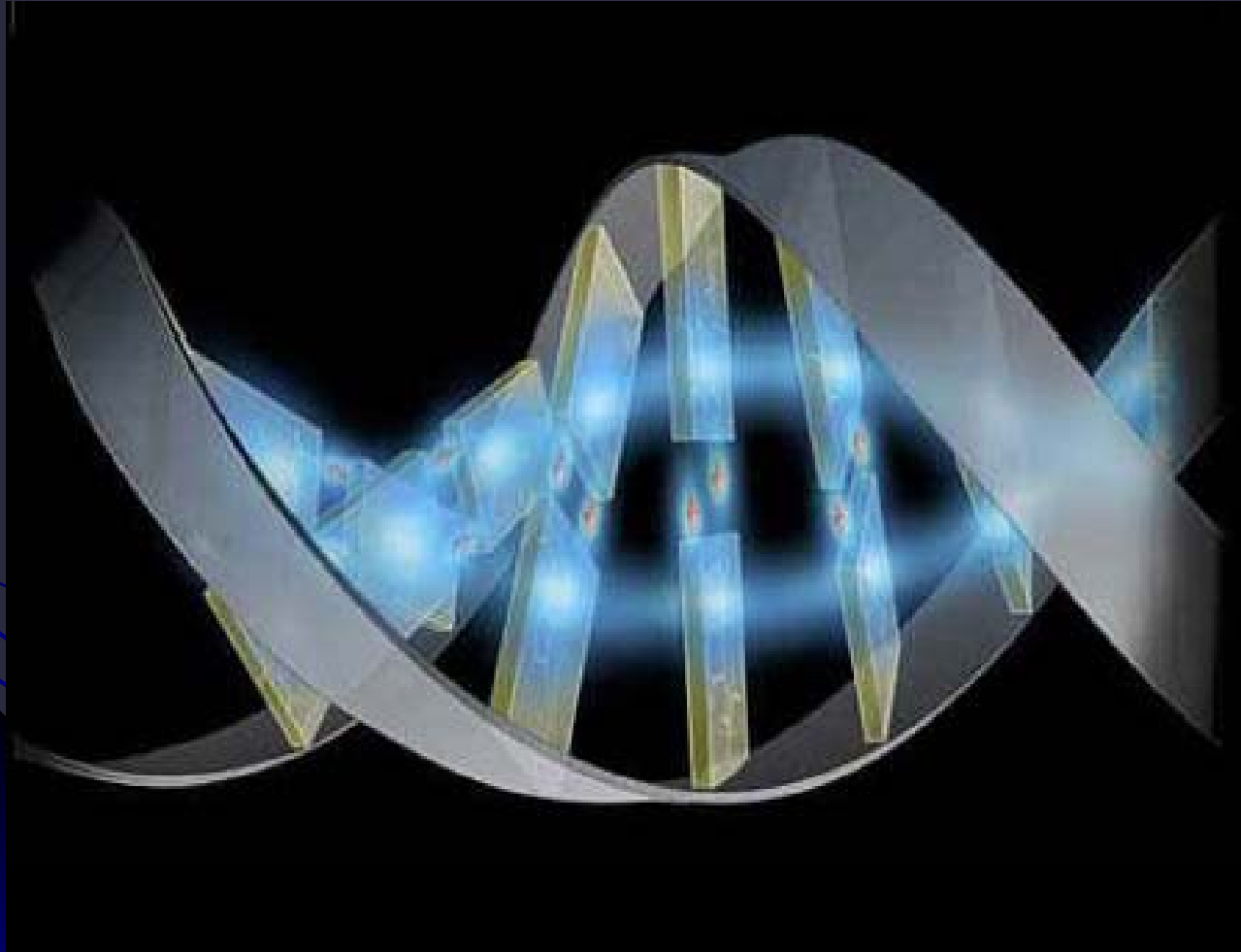
40 WEEKS



DELIVERY

*Some Images may contain artist rendering

IL GENOMA UMANO



Art. 45 CDM

Interventi sul genoma

**Ogni eventuale intervento sul genoma
deve tendere alla prevenzione e alla
correzione di condizioni patologiche.**

La terapia genica

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, il 15 febbraio 1991, relativamente alla Terapia Genica approva il seguente documento:

occorre fare una distinzione chiara fra la terapia genica della **linea germinale e la terapia genica della **linea somatica**;**

la terapia genica della linea **germinale è, allo stato attuale, **non proponibile e non ammissibile** nell'uomo per un complesso di ragioni tecniche, scientifiche, sociali, giuridiche, etiche;**

la terapia genica di cellule della linea **somatica in presenza di adatte condizioni e dopo aver ottemperato a rigidi requisiti di natura non solo tecnico-Scientifica ma anche di ordine giuridico ed etico, **è completamente accettabile** da tutti i punti di vista, essendo **assimilabile ad una terapia sostitutiva o ad un trapianto** non a livello d'organo, di tessuto o di cellule, ma a livello molecolare;**

La terapia genica

ogni tentativo di terapia genica della linea somatica dovrebbe essere accompagnato e preceduto da una accurata analisi dei seguenti fattori:

- **possibili benefici,**
- **possibili rischi,**
- **confronto con terapie tradizionali,**
- soddisfacimento delle **misure di controllo** e delle condizioni di accettabilità della terapia genica somatica stabilite dalle norme vigenti e dalle consuetudini accettate dalla comunità scientifica.
- aggiorni l'elenco delle patologie per le quali sussista l'indicazione di terapia genica somatica,
- definisca i criteri guida per le operazioni tecnico-preparative caratteristiche del settore e per i metodi di monitoraggio,
- proceda alla raccolta di dati sulla sperimentazione in corso.

Il fine Vita





NE ACCANIMENTO
NE EUTANASIA.

Evoluzione del rapporto medico/paziente in emergenza – terapia intensiva

Il **paziente** si trova spesso:

- **privo di coscienza e di capacità di scegliere**
- **in grave stato di necessità per pericolo di morte a breve**
- **in condizioni di assoluta dipendenza**

Il medico ha l'obbligo:

- **contrastare la morte con rapidità ed efficacia**
- **lo stato di necessità consente di superare il consenso**

Condizionamenti ambientali e culturali

Il Fare “poco”

è visto con sospetto: **negligenza – scarsa sollecitudine – incapacità etc.**

- dai familiari
- dai colleghi
- può essere contestato **→ contenziosi e denunce**
(da cui la Medicina Difensiva)



Il Fare “troppo”

- non è contrastato
- non è contestato (*solo a posteriori*)
- non è punito **→ anzi ringraziamenti ed enomi**



Accanimento Terapeutico

perseveranza,

oltre ogni ragionevole limite,

nel trattamento di una malattia

che non guarisce

e che sta conducendo a morte!

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Terapia prolungata

- particolarmente impegnativa per il malato
- senza un reale vantaggio terapeutico



L'Accanimento Terapeutico è **unanimamente**
considerato contrastante
con la dignità del paziente

Confine spesso poco definito e soggettivo

TERAPIE ADEGUATE

- **Conoscenze, competenza ed esperienza**
- **Capacità tecnica e organizzazione**

Il problema si manifesta a seguito di :

1) **Angoscia per :**

una possibile **agonia prolungata**, subìta, esasperata,

una **sopravvivenza prolungata** in condizioni inaccettabili

2) **il timore di non avere adeguate cure palliative**

3) **le famiglie si sentono abbandonate...**

**Famiglie abbandonate sì... ma a volte anche il
malato è trascurato dalla famiglia !**

**Nella cultura tradizionale: l'anziano, l'ammalato il debole
erano al centro della vita familiare.**

**Nella nostra cultura post-industriale : sono relegati ai
margini, nel mesto ruolo di assistiti.**

**Domina il mito della salute e chi non è in grado di stare al
gioco è tagliato fuori!**

Per una presa di coscienza del problema

Società scientifiche:

- intensificate le ricerche sugli indici prognostici
- tentativi di definire limiti in terapia intensiva
- tentativi di produrre **linee-guida** per l'accesso alle T.I.

Codice italiano di deontologia medica 2006 (FNOMCeO) :

- Rispetto della volontà del paziente, anche se espressa precedentemente
- Rispetto della indipendenza del medico
- Rifiuto dell'eutanasia - Rifiuto dell'accanimento terapeutico

● **CNB (Comitato Nazionale per la Bioetica) :**

- Esigenza di riappropriarsi delle proprie scelte, in particolare per le fasi più avanzate delle malattie :
 - 1) **Questioni Bioetiche sul "fine vita" del 1995**
 - 2) **Dichiarazioni anticipate di trattamento del 2003**
 - 3) **L'Alimentazione e idratazione di pazienti in Stato Vegetativo Persistente del settembre 2005**

Le norme in vigore!



IL GIURAMENTO DI IPPOCRATE

del 430 a.c.

« Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto.

... Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Codice di deontologia medica

Art. 16 : Accanimento diagnostico-terapeutico

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.

Art. 17 : Eutanasia

Il medico, anche su richiesta del malato, **non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.**

Il Codice di Deontologia Medica Assistenza ai malati inguaribili

Art. 39

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a **risparmiare inutili sofferenze psichicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.**

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

C.N.B “Questioni bioetiche sulla fine della vita umana”

14 Luglio 1995 (cap. III°)

La morte non può essere considerata alla stregua di un mero evento biologico o medico

IL TESTAMENTO BIOLOGICO :

il contenuto :

1. **non è sindacabile** da parte del medico e allora questi è tenuto ad intervenire anche quando, in coscienza, ritiene non sussistenti le circostanze di fatto che il paziente indica. In questa ipotesi **il medico sarebbe costretto ad agire contro la propria coscienza.**
2. oppure tale mandato **è sindacabile** e allora il paziente non sarà mai sicuro che i propri desideri verranno effettivamente **adempiti dal medico.** Ciò significa: affidare al medico un potere ultimativo di vita e di morte sul paziente!

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

**DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO**

18 dicembre 2003



Documento con il quale una **persona**,
dotata di **piena capacità**,
esprime la sua **volontà**
circa i trattamenti ai quali desidererebbe
o NON desidererebbe essere sottoposta
nel caso in cui, nel decorso di una malattia, non
fosse più in grado di **esprimere** il proprio
consenso o il proprio **dissenso *informato***

Definizioni :

Living will

Testamento biologico

Testamento di vita

Direttive anticipate

Volontà previe di trattamento

Caratteristiche del documento

1. **redatti per iscritto**
2. **chiarezza**
 - sulla **identità** e sulla capacità di chi li sottoscrive
 - sulla loro **autenticità documentale**
 - sulla **data** della sottoscrizione
3. **informazione da parte di un medico esperto**
4. **scadenza temporale**
5. registrazione presso un'istituzione pubblica
6. possibilità di renderle di dominio pubblico

Attualità

Ci potrebbero sempre essere delle nuove possibilità di cura per una patologia precedentemente conosciuta come incurabile !

la persona conserva quindi il diritto di revocare o modificare la propria volontà fino all'ultimo momento precedente la perdita della consapevolezza

Il Fiduciario ed i suoi compiti

- Opera secondo le intenzioni esplicitate dal paziente
- E' informato sulle strategie terapeutiche e le compatibilità con le dichiarazioni anticipate
- Valuta le ragioni per le quali il medico ritenesse doveroso discostarsi da esse
- Vigila contro la possibilità di abbandono del paziente

Ruolo vicino a quello svolto dai familiari !

... o in sostituzione ad essi ?

Alcuni dubbi.....

Come può il medico avere la certezza che le dichiarazioni anticipate di cui egli sia venuto in possesso

- **siano VERITIERE**
- **NON** siano state **revocate** o **NON** siano state sostituite da altre? = **ATTUALITA'**

Per cui occorre **accettare la**
volontà espressa chiaramente
dal paziente, che va rispettata!

Sì, ma...

fino a un certo punto!

Anche perché il **medico NON** può essere considerato **SOLO** un **mero ESECUTORE**, vincolato alla volontà del **paziente**, quale che essa sia, magari anche la più assurda.

Così come non si può pensare che ogni paziente conosca così bene la medicina, da potersi sostituire al medico per ogni decisione, nel caso si verifichi un grave evento morboso!

**Esiste un altro rischio in caso di malati terminali:
l'abbandono terapeutico!**

E, infatti, non c'è solo il rischio di un

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

MA ANCHE DI

**ABBANDONO TERAPEUTICO : a volte,
non si tentano in modo razionale, neppure le CURE
proporzionate,**

CURE, cioè, che possono dare risultati significativi.

ALCUNI CASI ECLATANTI

DI CUI SI E' PARLATO

ED IL RUOLO DEI MASS MEDIA



*Un comportamento etico e professionale
va chiesto*

*non solo al medico
ed all'operatore sanitario*

*ma anche al magistrato, al giornalista,
al politico o legislatore ... etc.!*

*Credo che per i casi seguenti
debbano essere in molti a
dover riflettere e a farsi un
serio esame di coscienza!*



Terri Schiavo

Piergiorgio Welby



**ELUANA
ENGLARO**



Di questo tema e di questi casi si sono occupati un po' tutti : bioeticisti, filosofi, teologi, giornalisti, mezzi di informazione e politici.

Ovviamente se ne sono occupati con particolare attenzione i MEDICI : l'Ordine dei Medici e l'AMCI.

La classe medica, su questo tema, è stata per lo più concorde nel ribadire almeno alcuni principi inalienabili

Innanzitutto il rispetto a quanto previsto dalla Convenzione sui Diritti Umani approvata dal Consiglio d'Europa del 1997 (Oviedo) che recita :

“I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente saranno tenuti in considerazione”.

Come è stato poi ribadito anche dal Codice di Deontologia Medica del 16 dicembre 2006.

Ma c'erano forse dei dubbi, per ribadire quanto avviene ed è sempre avvenuto?

Malato terminale = categoria NON uniforme

Il malato terminale può essere quello inguaribile, il cui destino si compie :

- in poche ore
- in pochi giorni
- un malato di neoplasia avanzata può vivere per alcuni mesi
- un paziente in coma prolungato per ...

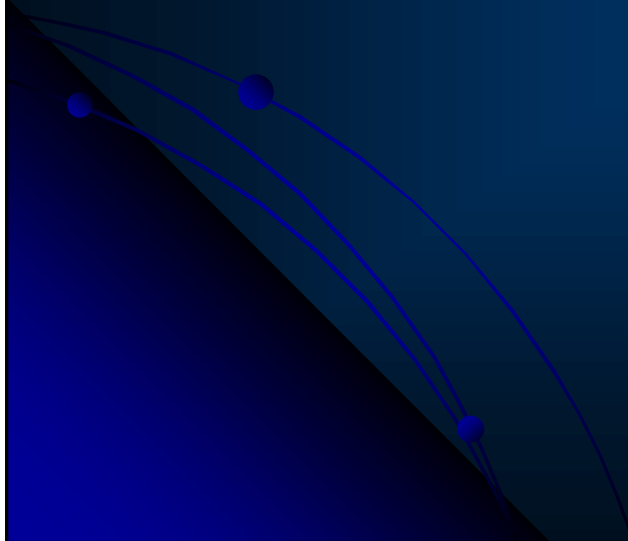
Il **medico**, in queste situazioni, deve dire sempre

No all'eutanasia e No all'accanimento terapeutico
(come stabilito dalla legge e dal Codice di
Deontologia).

Proprio il timore di un **accanimento terapeutico** è,
spesso, motivo di **sfiducia** da parte del cittadino nei
confronti del medico.

La stessa Chiesa Cattolica nell'enciclica "*Evangelium
Vitae*" afferma che **non è lecito usare mezzi
sproporzionati**, e il medico, deve in quel momento
assumersi tutte le responsabilità.

STATO VEGETATIVO PERSISTENTE



Lo Stato Vegetativo Irreversibile *non*
si può accertare !

Non esistono «criteri precisi per accertare con sicurezza quando si è in presenza di uno stato vegetativo irreversibile».

Lo afferma **Vincenzo Carpino**, presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (**Aaroi**), intervenendo sulla vicenda di **Eluana Englaro**

Stati vegetativi, sbagliato il 40% delle diagnosi di Gian Luigi Gigli

ricerche



«**S**fortunatamente per alcuni: così, il 23 luglio, *The Economist* titolava un interessante articolo sullo stato vegetativo. Non si riferiva, tuttavia, alla gravità della disabilità che conneta - ovviamente - questa condizione clinica, ma al fatto ancor più terribile che molti di questi pazienti siano stati lasciati morire sulla base di un errore diagnostico. L'articolo dell'*Economist* riprendeva con grande risalto i risultati di uno studio belga pubblicato sulla rivista scientifica *BMC Neurology* solo due giorni prima. Si trattava per la verità di risultati già noti agli addetti ai lavori e comunicati dagli autori poche settimane prima a Milano, nel corso del Congresso della European Neurological Society. Proprio *Avvenire* ne aveva dato conto in un'intervista a Steven Laureys, uno degli autori del gruppo di Liegi. La grande stampa italiana non ne ha fatto (ancora) menzione. Distinguere tra i diversi stati di compromissione della coscienza è sempre stato difficile. Nel 1996 Keith Andrews riportò che, nei pazienti ricoverati al Royal Hospital for Neurodisability di

minima coscienza, utilizzando rigorosi criteri di inclusione ed esclusione e fondandosi su osservazioni comportamentali quotidiane condotte da un team multidisciplinare di esperti. Il confronto tra la diagnosi clinica, formulata in modo consensuale, e la valutazione mediante la CRS-R ha mostrato che il 40% dei pazienti ritenuti in stato vegetativo erano in realtà in stato di minima coscienza e che il 10% dei pazienti ritenuti in stato di minima coscienza erano in realtà emersi da quella condizione ed erano ormai capaci di comunicare, anche se i loro medici non se ne erano accorti.

Atali dati allarmanti ci permettiamo solo di aggiungere che, probabilmente, il tasso di errore diagnostico sarebbe stato ancora più elevato se si fossero usate anche le indagini di risonanza magnetica funzionale, di PET e di neurofisiologia che hanno mostrato la possibilità del persistere di una comunicazione residua anche in pazienti in cui essa non è clinicamente evidenziabile. È certamente più facile fare una

fuorviante, specie se influenzate dall'ideologia o dalle influenze esterne. Le compagnie assicurative, per esempio, possono preferire una diagnosi di stato vegetativo, perché non richiede il perpetuarsi delle spese per la riabilitazione. Ma anche in Paesi come il nostro l'intensità e la durata dell'intervento riabilitativo può dipendere dalla diagnosi.

Soprattutto, la "piccola" differenza tra una diagnosi di stato vegetativo e una di stato di minima coscienza può significare lo spartiacque per l'autorizzazione a lasciar morire una persona di fame e di sete, non solo all'estero. Quando si emette una sentenza di morte sarebbe bene non avere paura del dubbio. Purtroppo di tutto quanto si è mosso nel mondo scientifico negli ultimi 15 anni non vi è traccia nel decreto della Corte d'Appello di Milano con cui si è autorizzata la sospensione di idratazione e nutrizione in Eluana. Il dubbio purtroppo non alberga neanche nella stampa laica, almeno in Italia, e i giudici, si sa, non sono tenuti a leggere *The Economist*.

IL TESTO SUL FINE VITA APPROVATO AL SENATO



- Con 150 voti favorevoli, 123 contrari e 3 astenuti, il Senato ha approvato il 26 marzo il disegno di legge "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", o **Dat** (relatore Raffaele Calabrò, Pdl).
- All'articolo 1 la legge "riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge" (1° comma).
- Nello stesso articolo "vieta ogni forma di eutanasia e di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica nonché di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita e della salute".
- Ancora nell'articolo 3, "alimentazione e idratazione sono definite "forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. Esse non possono formare oggetto di Dat". La **Dat** "assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto in stato vegetativo non è più in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e per questo motivo non può assumere decisioni che lo riguardano" (art.3). "Può essere revocata o modificata in ogni momento" ma non si applica "in condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato" (art.4).



"Le volontà espresse dal soggetto nella sua **Dat** sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno. Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica." (art.7).

L'«Economist» ha rilanciato uno studio belga che dimostra come la presenza di "coscienza minima" nei pazienti sia sistematicamente sottostimata. Eppure da anni esiste una scala di valutazione che permetterebbe di evitare gli errori

Il procuratore Ennio Fortunato in un'aula

Stato Vegetativo Persistente

Lo Stato vegetativo (SV) è uno stato di non responsività definito come condizione caratterizzata da:

- 1. Paziente non cosciente, ma con possibilità di ripresa anche a lungo termine e anche dopo anni (pur in casi molto limitati!)**
- 2. Funzionalità cardio-circolatoria autonoma e conservata**
- 3. Funzionalità respiratoria autonoma o con ventilazione assistita**

Lo SV va chiaramente distinto da : morte encefalica, coma, stato di coscienza minimale ... etc.

PER CUI CI DOMANDIAMO SE :

1. è lecito sospendere le terapie?

2. se è lecito chi decide?

■ **Il paziente?**

■ **I familiari?**

■ **Il Medico ?**

■ *o... magari il GIUDICE ?*

MA ALLORA COSA DOBBIAMO FARE ?

- **curare intensamente fino alla stabilizzazione**
- è comunque una persona viva, anche se con qualità di vita ridotta
- le cure ordinarie (nutrizione, idratazione, medicazioni, igiene) **devono essere sempre continue**
- **astenersi** da nuove terapie sostitutive se dovessero rendersi necessarie e venissero considerate **sproporzionate**
- **aiutare le famiglie evitando l'abbandono sociale e assistenziale**



Presidenza del Consiglio dei Ministri
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

**L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE DI PAZIENTI
IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE**

TESTO APPROVATO
NELLA SEDUTA PLENARIA DEL 30 SETTEMBRE 2005

Le persone in **SVP** non necessitano di norma di tecnologie sofisticate, costose e di difficile accesso.

Ciò di cui hanno bisogno, per vivere, è la cura, intesa non solo nel senso di terapia, ma anche e soprattutto di *care* : esse hanno il diritto di essere accudite.

In questo senso si può dire che le persone in **SVP** richiedono un'assistenza ad alto e a volte altissimo contenuto umano, ma a modesto contenuto tecnologico.

Nutrizione e idratazione

vanno considerati come **atti dovuti**

ETICAMENTE

oltre che **deontologicamente e giuridicamente**

in quanto

indispensabili per garantire le condizioni
fisiologiche di base per vivere

come peraltro avviene per tutti :

neonati, malati ed anziani ... compresi !

Acqua e cibo

NON diventano una

terapia medica soltanto

perché vengono somministrati

per **via artificiale** !

L'alimentazione artificiale

è una **procedura** che, pur richiedendo indubbiamente una attenta scelta e valutazione preliminare del **medico**,

a parte il piccolo intervento iniziale,

è gestibile e sorvegliabile anche

dagli stessi familiari del paziente

non essendo indispensabile l'ospedalizzazione.

Ministero della Salute

*Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e
dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema*

Commissione Tecnico-Scientifica del Ministero della Salute
istituita con D.M. 12 Settembre 2005

“STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA”
(SV e SMC)

DOCUMENTO FINALE
Roma 14 Dicembre 2005

La Commissione riguardo ai pazienti in SV condivide le seguenti conclusioni del CNB del 30 settembre 2005 :

- La vita umana è un bene indisponibile, indipendentemente dalle condizioni cliniche del paziente.**
- La gravità delle condizioni cliniche non altera la dignità ed i diritti della persona.**
- Il paziente in SV non può essere considerato un malato terminale.**

La Commissione riguardo ai pazienti in SV condivide le seguenti conclusioni del **CNB del 30 settembre 2005** :

- **Non sono quindi eticamente giustificabili né la sospensione, né l'affievolimento delle cure, non essendo né il tipo di patologia, né le probabilità di successo i fondamenti che giustificano il processo di cura.**
- **Al contrario, quanto più è fragile il paziente, tanto più cogente è il dovere sociale di occuparsi di lui.**

“Non sussistono invece dubbi sulla doverosità etica della **sospensione della nutrizione** nell'ipotesi in cui nell'imminenza della morte l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite.

L'unico limite obiettivamente riconoscibile al dovere etico di nutrire la persona in SVP è la **capacità di assimilazione dell'organismo**

O uno **stato di intolleranza** clinicamente rilevabile collegato all'alimentazione.”

Per una nuova
e... buona legge
sul *fine vita*

MA QUALE LEGGE ?



Dopo le polemiche sul caso Eluana, tra non molto sarà approvata una *legge sul fine vita* dal **Parlamento**, dove sono già depositati alcuni progetti di legge,

IL TESTO CALABRO' (PDL)

"Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento!"

IL TESTO CALABRO' (PDL)

ALIMENTAZIONE e IDRATAZIONE NON
possono essere oggetto di Dichiarazione
anticipata di trattamento (DAT).

Lo stesso testo prevede di : *"vietare ogni
forma di accanimento terapeutico,
sottoponendo il soggetto a trattamenti
sproporzionati, rischiosi o invasivi"*.

I contenuti del ddl Calabrò

MODALITÀ: La **Dat non è obbligatoria né vincolante**, deve essere raccolta da un **notaio "a titolo gratuito"** e sottoscritta da un medico abilitato.

VALIDITÀ : Ha una **validità di 3 anni**, può essere rinnovata, revocata o modificata. Non si applica in condizioni di emergenza.

FIDUCIARIO : Possibile la figura del fiduciario, che firma la Dat e **si impegna a contribuire alla sua realizzazione.**

SOSTEGNO VITALE - Nutrizione e idratazione sono forme di "sostegno vitale" e dunque non possono essere oggetto della Dat

LIMITI - Divieto di eutanasia (anche attraverso condotte omissive), di suicidio assistito e accanimento terapeutico.

TERAPIE - Nella Dat si possono esprimere i propri orientamenti circa "l'attivazione e non attivazione di specifici trattamenti sanitari".

MEDICO - Al medico spetta comunque l'ultima parola. Non è tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico" --

L'AMCI è stata chiamata ad intervenire alle audizioni in Parlamento **in data 15-10-09**

Era rappresentata dal suo Vice Presidente **Ojetti** che nel suo intervento si augurava

che venga approvata una legge che tenga conto del **valore della vita umana indisponibile e non negoziabile** e che siano assicurati al paziente **quattro punti cardini** nel rispetto della dignità della Persona :

1. La terapia del dolore
2. L'idratazione e l'alimentazione
3. La ventilazione
4. L'igiene della persona.





LA POSIZIONE DELL'AMCI

Giova qui ricordare infine che nelle DAT può svolgere un **ruolo negativo importante** il **messaggio mediatico** che con crescente insistenza mette in guardia i futuri pazienti da chissà quali forme di accanimento terapeutico cui dovranno essere sottoposti.

In questo contesto si deve inserire la figura del **Medico** che **non deve essere un procuratore di morte** ma al contrario **deve saper aiutare il morente a morire con dignità e a vivere questa sua ultima esperienza umana, la più terribile, circondato dall'affetto delle persone care.**

CONCLUSIONI :

Si può stabilire *“per legge”*

la sospensione

dell'alimentazione ed idratazione

ad un paziente ?

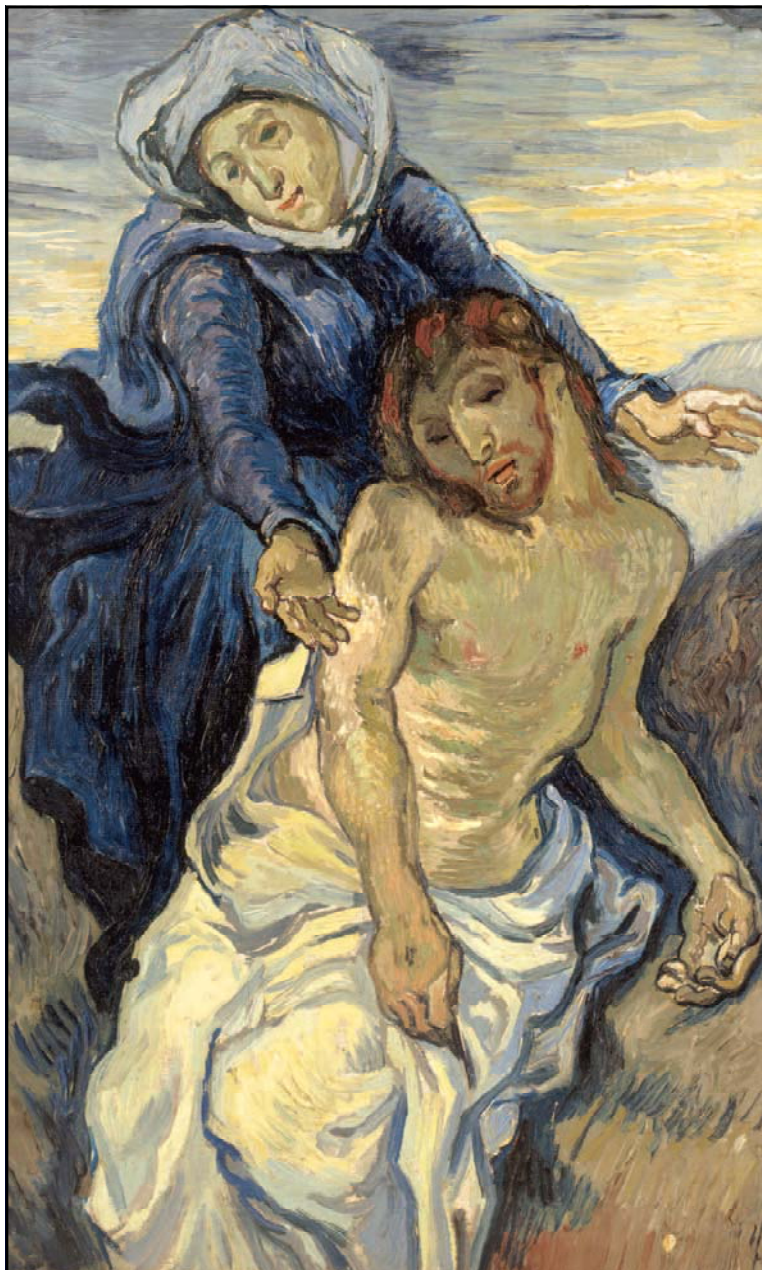
RITENGO PROPRIO DI NO!

Anche perché, nonostante tutti i vari discorsi e giustificazioni pseudo-filosofiche, si tratterebbe di una vera e propria eutanasia, in una delle forme più gravi e con una *morte molto crudele per il paziente!*

Per cui la lenta e straziante agonia
di **questi pazienti**
è anche la nostra agonia.

L'agonia della società moderna, protesa
solo al **successo**, al **benessere**,
al **denaro** e al **profitto**.

Una società che non sa più riconoscere i
propri *valori*, i propri *limiti* e *radici*.



Ma è anche
l'agonia
dell'*Amore*

Un *Amore* che non
sa più chinarsi su
chi è più
fragile, debole
e bisognoso!



*“... è aspirazione dell’Uomo
raggiungere serenamente
le praterie celesti...”*



*... ma è anche dovere del **MEDICO** (cattolico e **NON**)
rispettare la **VITA** e la dignità di ogni essere umano :
dal concepimento, fino al suo termine naturale!*



Nell'ipotesi in cui l'etica medica possa avere un'immagine potrebbe essere quella del quadro "*The Doctor*" di Sir Luke Fildes : **un medico dall'aspetto preoccupato e triste seduto premurosamente accanto al letto di un paziente!**



www.amci.org

I MOSAICI DEI MISTERI DELLA LUCE OPERA DI R.P. RUPNIK

FIAMC LOURDES CONGRESSO 2010 - FIAMC LOURDES CONGRESSO 2010 - FIAMC LOURDES CONGRESSO 2010

CONGRESSO MONDIALE FIAMC LOURDES 2010

Con il patrocinio di :

- Sotto l'alto patronato del Consiglio Pontificio della Salute (Vaticano)
- Con il patrocinio di : Associazione Medica Internazionale di Lourdes (A.M.I.L.)
- **Amour et Vérité**

Website: Attenzione questo sito è in corso di installazione....

Benvenuto :

Federazione **I**nternazionale delle **A**ssociazioni dei **M**edici **C**attolici
23° Congresso Mondiale e Assemblea Generale

MAPPA DEL SITO



- **BENVENUTO**
- **FIAMC**
- **FIAMC : la storia dei Congressi**
- **Programma**
- **Temi trattati**
- **Contatti**