

Progetto bioetica 2015/16

# COMITATO IN CLASSE

Classe 4B LS  
ISS “Scarpa” - Motta di Livenza

“...mi asterrò dal recare danno e offesa...”  
(dal *Giuramento di Ippocrate*)

**Il Comitato riconosce alla signora  
M.G.  
il pieno diritto di rifiutare qualsiasi  
tipo di trattamento da lei  
considerato come una forma di  
accanimento terapeutico.**

Costituzione - art. 32: “Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario...”

Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina (CDUB), art. 5: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell’intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

**Non ci sono dubbi sullo stato di piena lucidità della paziente.**

**Va esclusa quindi la possibilità di delegare la decisione.**

CDUB, art. 6, comma 3: “Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l’autorizzazione del suo rappresentante, di un’autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge”.

**I familiari possono trovarsi  
in una situazione di conflitto.**

**Va riconosciuto alla famiglia  
il diritto a cercare di capire.**

Parere del CNB del 24/10/08: “Occorre molta cautela nel valutare, caso per caso, le ragioni che motivano la rinuncia alle cure: il dramma quotidiano vissuto dai pazienti sottoposti a trattamenti sanitari di frontiera o fortemente invasivi può indubbiamente generare una situazione di fragilità che - pur senza intaccare la capacità di autodeterminazione del singolo - invita a non assumere come frettolosa parola d'ordine quella del rispetto per la volontà sovrana, autonoma del paziente, acriticamente accolta“.

**La coerenza della posizione della paziente, indica una decisione libera e consapevole.**

**Aiutare i familiari a comunicare con la madre evitando di esercitare pressioni inopportune.**

**Può essere utile un supporto psicologico.**

Parere del CNB del 24/10/08: “L’atto di rinuncia/rifiuto consapevole alle cure [...] non deve appiattirsi sul solo livello formale, ma investire l’intero percorso relazionale fra paziente e medico; a quest’ultimo - eventualmente affiancato da figure ulteriori (ad es. lo psicologo) - è affidato il compito di aiutare il paziente a formare la propria volontà nella difficile situazione della malattia. Va da sé che in questa dinamica comunicativa e relazionale, centrata sul paziente e sul medico, è fondamentale il ruolo esercitato dai familiari e da persone terze che godono della fiducia del paziente”.

Anche la deontologia induce l'équipe sanitaria al rispetto delle volontà della paziente, che appare lucida e orientata.

Codice di deontologia medica, 2014 (CDM), art. 16: “Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente [...] e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita”.

CDM, art. 35: “Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.”

**Le dichiarazioni anticipate della paziente non sono state espresse in forma scritta.**

**Il fattore appare secondario rispetto alle conferme da parte della paziente.**

**CDM, art. 38: “Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un’informazione medica di cui resta traccia documentale”.**

**E' importante che l'équipe sanitaria trasmetta alla paziente e alla famiglia informazioni esaurienti e corrette in modo rispettoso e con sensibilità.**

CDM, art. 33: “Il medico garantisce alla persona assistita [...] un’informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza”.



**Il rispetto della volontà della paziente in questo caso non si può in nessun modo considerare una pratica eutanasica.**

CDM, art. 17: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”.

“*Non è eutanasia il rifiuto da parte di un paziente in grado di decidere di trattamenti ritenuti da lui sproporzionati, attualmente o sulla base di una valida direttiva anticipata. Anche in questo caso, a certe condizioni naturalmente: a condizione, ad esempio, che vi siano sufficienti prove che il rifiuto non sia determinato dalla percezione di sentirsi solo un peso per la famiglia come per la società...*”

(C. VIAFORA, *Ripercorrendo il dibattito...*, in AA.VV. *A lezione di bioetica*, Milano 2012, p. 260-61.)

**Valutare con attenzione se le ragioni che motivano il rifiuto delle cure vanno al di là della libera volontà della persona.**

**à non voler essere un peso per la famiglia**

**à avere paura di trattamenti medici invasivi**

Parere del CNB del 24/10/08: “La richiesta di interruzione del trattamento in corso, quando rivolta al medico, sollecita una più attenta riflessione sulla complessità della relazione di cura: essa non si esaurisce al livello del singolo rapporto paziente-curante, ma si estende frequentemente alla cerchia familiare del malato [...]”

“riflettere su un duplice rischio: da un lato, quello per cui la rinuncia alle cure possa scaturire da un senso di rifiuto verso atteggiamenti di aggressività diagnostico-terapeutica e di reificazione/ alienazione della persona sofferente, Dall’altro, il rischio che il paziente si risolva a rifiutare i trattamenti per il timore che le carenze dei servizi di assistenza ai malati terminali - ed il conseguente trasferimento del carico di cura su una cerchia familiare impreparata ad assumersi un simile impegno - lo consegnino ad una situazione di “solitudine” e di “abbandono” terapeutico e assistenziale”.

**Il rifiuto informato a un trattamento rappresenta l'esercizio di un diritto, ma occorre promuovere l'adesione del paziente alle cure necessarie.**

**Escludere il rischio che la decisione dipenda da sensazioni di abbandono e da pressioni esterne.**

Parere del CNB del 24/10/08: “Il sanitario non deve sottrarsi né al suo ruolo di promotore della salute e della vita, né a quello di curante chiamato a prestare la propria assistenza anche alla persona che consapevolmente respinga una determinata “proposta” terapeutica”

**Le cure palliative riducono il dolore e migliorano la vita nel tempo restante.**

**Ricorrere a tutti i servizi a disposizione delle istituzioni sanitarie.**

**Valutare le forme di sostegno (psicologico, sociale...) più utili ed**

La legge n.38 del 15 marzo 2010 prevede che siano istituite strutture sanitarie per l'erogazione di cure palliative nel rispetto dei seguenti principi: “*a*) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; *b*) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; *c*) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia” (art.1)

Gli obiettivi dell'etica dell'accompagnamento: *alleviare il dolore, comprendere i bisogni del paziente nella fase terminale, proporzionare le cure.*

(cfr. C. VIAFORA, *Ripercorrendo il dibattito...*, in AA.VV. *A lezione di bioetica*, Milano 2012, p. 271-74)

**La legge italiana considera reato l'eutanasia e il suicidio assistito.**

**Il codice deontologico impone al medico di non praticare l'eutanasia.**

Codice penale, art.579: “Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni”. Art.580: “Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima”.

CDM, art. 17: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”.

Parere del CNB del 14/7/1995: “il CNB si è esplicitamente soffermato sul problema dell'eutanasia, considerandolo in prospettiva strettamente giuridica, interrogandosi cioè sui risvolti etici di una possibile legislazione eutanasi. Ed è giunto alla conclusione che nessuna legislazione propriamente eutanasi possa avere valore bioetico”.

Il potere della tecnologia rende necessaria la distinzione tra “uccidere” e “lasciar morire”.

Nell’era tecnologica è possibile “lasciar morire” per rispettare la libertà individuale di chi rifiuta l’accanimento terapeutico.

Parere del CNB del 24/10/08: “Una consistente e motivata scuola di pensiero insiste sulla necessità - sociale e giuridica oltre che etica - di conservare una chiara distinzione tra *provocare la morte* e *lasciar morire*: [...] le due ipotesi non possono essere considerate come dotate della medesima carica di disvalore. Rispetto al comune sentire, [...] l’ipotesi omissiva appare infatti generalmente percepita come caratterizzata da una minore carica offensiva rispetto all’“agire” eutanasi consistente in un *facere*. A tali considerazioni si può aggiungere che il ruolo pervasivo assunto dalla tecnologia nell’ambito della medicina contemporanea, oltre a rendere talvolta incerto il confine fra naturale ed artificiale, può generare il rischio di derive verso una medicina tecnocratica. In questa luce, la rinuncia al trattamento potrebbe rappresentare una reazione dal paziente contro un ricorso intensivo alla tecnologia, avvertita più come un “potere” esercitato *su* di lui che come un “potere-possibilità”

**Occorre molta cautela: è necessario cercare di capire fino in fondo quali ragioni spingono un paziente a rifiutare un trattamento.**

**Solo in seguito il compito dei sanitari diventerà quello di accompagnare il**

Parere del CNB del 24/10/08: “Attraverso la cifra della fiducia si può forse cercare di superare la contrapposizione, che non di rado suona come artificiosa, tra il perseguimento del bene del paziente, oggettivamente inteso, e la sua autonomia. [...]. L'autonomia cioè non va ridotta alla sola accezione negativa di “non interferenza”, ma va intesa anche positivamente, sia come fonte del dovere del medico di informare il paziente e verificare, in un vero e proprio processo di comunicazione, l'effettiva comprensione dell'informazione data; sia come capacità dello stesso medico di ascolto e di comprensione delle richieste del paziente”.

“Il paziente nella fase terminale della malattia si riduce ad un residuo biologico per cui “non c'è più niente da fare”, da narcotizzare e abbreviare quanto più possibile o resta, invece, una persona e in quanto tale capace fino all'ultimo, se inserito in una relazione, di fare della propria vita un'esperienza di crescita e di compimento?”

(C. VIAFORA, *Ripercorrendo il dibattito...*, in AA.VV. *A lezione di bioetica*, Milano 2012, p. 277)