

Caso clinico

Un cittadino straniero non autosufficiente si trasferisce in Italia, ove già risiedevano stabilmente tutti i figli, e sceglie di convivere con uno di loro, nominandolo suo fiduciario. A causa della forte conflittualità e del disaccordo sulla gestione dei suoi bisogni assistenziali e sanitari, gli stessi congiunti si rivolgono all'Ufficio del giudice tutelare che nomina un amministratore di sostegno (ADS), estraneo al nucleo familiare. Il Tribunale affida a tale figura (ADS) anche il compito di esprimere per conto del beneficiario il consenso ai trattamenti sanitari ed alle scelte terapeutiche ritenute più idonee per la tutela della sua salute.

Dopo tale provvedimento il cittadino straniero viene inserito in una struttura protetta presso la quale l'assistenza sanitaria è assicurata dal medico di medicina generale (MMG) e da un servizio infermieristico ma non è garantita la presenza di personale medico 24 ore su 24 ore.

Il cittadino straniero, già prima della nomina dell'amministratore di sostegno (ADS), aveva redatto nella madrelingua una DAT con la quale aveva espresso liberamente la sua volontà di non essere sottoposto in caso di grave malattia a trattamenti sanitari sproporzionanti affidando tale valutazione al suo medico curante.

Il medico di medicina generale (MMG) che l'assisteva è stato informato della suddetta volontà solo quando le probabilità di cura della malattia non avevano più ragionevoli prospettive di beneficio e di recupero. Lo stesso medico (MMG) ha informato tutti i figli e l'amministratore di sostegno (ADS) della prognosi infausta, ha ritenuto opportuno coinvolgerli nella decisione di lasciarlo nella stessa struttura protetta ove era già ospite e di non sottoporlo a trattamenti sanitari sproporzionati.

Ciò nonostante, a seguito dell'intervento del Giudice Tutelare, che si è espresso sulla base di una consulenza tecnica, il paziente è stato trasferito in un reparto ospedaliero pubblico presso il quale è deceduto dopo circa una settimana. Non è noto se la decisione di trasferirlo in un reparto ospedaliero sia avvento a causa della persistenza dei conflitti familiari o per una inadeguata assistenza sanitaria della struttura presso la quale era ospite o per la mancanza di una pianificazione delle cure di fine vita o per tutte le cause precedentemente elencate.

Quesiti etici

Il caso in discussione presenta varie questioni etiche-giuridiche inerenti, in primo luogo, il rispetto o meno della volontà del paziente liberamente espressa mediante una Dat in lingua straniera.

Non trascurabile risulta nelle decisioni di fine vita la condivisione delle informazioni sanitarie ed il coinvolgimento dei familiari e, ove nominato, anche dell'amministratore di sostegno (ADS).

Molto rilevante risulta nel caso della persona morente la garanzia di un fine vita dignitoso e privo di sofferenze che pertanto impone una adeguata modulazione terapeutica-assistenziale.

Il Comitato propone

I documenti in lingua straniera da far valere in Italia devono essere legalizzati e tradotti nella lingua italiana secondo le procedure vigenti. Ciò risulta applicabile anche alla volontà del cittadino straniero in discussione che aveva espresso la volontà, mediante una Dat in lingua straniera non legalizzata, di non essere sottoposto in caso di grave malattia a trattamenti sanitari sproporzionanti affidando tale valutazione al suo medico curante. Pertanto, è opportuno che il sanitario che venga a conoscenza della esistenza di una Dat in lingua straniera, da un lato, fornisca al paziente adeguate informazioni sulla relativa legalizzazione e, in ogni caso, inserisca tale notizia nella cartella clinica e/o sul fascicolo sanitario elettronico. Anche in mancanza di una adeguata legalizzazione, tale documento assume nella relazione di cura una grande rilevanza etico-giuridica per il rispetto della volontà del paziente, soprattutto qualora diventi incapace come nel caso in discussione.

Il personale sanitario può rivestire un ruolo fondamentale anche nella gestione di potenziali conflitti di fine vita attraverso un adeguato approccio clinico, etico e relazionale che può favorire il rispetto della volontà espressa dal paziente. Inoltre, la collaborazione e la chiarezza delle informazioni sanitarie fornite ai familiari e, qualora nominato, anche all'amministratore di sostegno possono evitare, se condivise da tutti, qualsiasi inutile accanimento terapeutico. Nel caso in discussione,

l'approccio del medico di medicina generale (MMG) è stato operoso e solete ma, non ha raggiunto l'obiettivo previsto verosimilmente per la preesistente conflittualità familiare come dimostrato dal precedente ricorso alla nomina di un amministratore di sostegno (ADS).

Di fronte alla persona morente che ha espresso la volontà di non essere sottoposto a trattamenti sanitari inutili e sproporzionanti è eticamente e clinicamente doveroso, da un lato, evitare qualsiasi trattamento che non sia in grado di apportare reali benefici al paziente e, dall'altro, rimodulare il trattamento terapeutico in modo da minimizzare la sua sofferenza nel rispetto della dignità e qualità della sua vita. Il processo decisionale che conduce alla limitazione e/o interruzione dei trattamenti deve sempre essere chiaramente ed esplicitamente documentato nella cartella clinica insieme alla pianificazione delle cure di fine vita programmate. Nel caso in discussione, oltre alla forte conflittualità familiare, la decisione del trasferimento del paziente in un reparto ospedaliero pubblico è stata verosimilmente motivata anche da una insufficiente assistenza medica nelle 24 ore della struttura presso la quale il paziente era ospite e dalla assenza di una pianificazione delle cure di fine vita.