

LEGGE 281/91

Eutanasia: al medico veterinario l'ardua sentenza*

Sonia Magistrelli¹, Claudio M. Rossi², Paola Fossati³

¹ Canile Sanitario ASL di Milano

² Presidio Veterinario Canile Sanitario ASL di Milano

³ Sezione Medicina Legale della Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano

Il problema dell'eutanasia (dal greco *ευθανασία*, composta da *ευ-*, bene, e *θανατος*, morte letteralmente: buona morte provocata, non naturale) degli animali, non solo di quelli ricoverati presso i canili sanitari e i rifugi, ma anche di quelli di proprietà, ha implicazioni a volte drammatiche e pone qualsiasi cittadino e, in particolare, il medico veterinario di fronte a un difficile dilemma, la cui soluzione comporta sempre una scelta impegnativa e carica di responsabilità.

Il legislatore ne ha disciplinato le condizioni e le premesse necessarie, prima attraverso l'emanazione della Legge quadro n. 281/91, riferita ai cani e ai gatti non di proprietà, e poi estendendo il divieto all'uccisione a qualsiasi animale con l'emanazione della Legge n. 189/2004 di modifica del Codice Penale.

L'art. 2 della Legge n. 281/91, in materia di lotta al randagismo e di tutela degli animali d'affezione, limitando il proprio ambito di applicazione ai soggetti ricoverati nei canili comunali e rifugi e ai gatti in libertà, disponeva, in modo tanto esplicito quanto discutibile, che la loro uccisione fosse consentita in modo esclusivamente eutanasi, a opera di medici veterinari e «*Soltanto se gravemente malati, incurabili o di comprovata pericolosità*».

Successivamente la Legge n. 189/2004, finalizzata alla tutela dei diritti degli animali nel rispetto del sentimento della società verso gli stessi, ha vietato l'uccisione di qualsiasi animale se effettuata per crudeltà e "senza necessità". In tal modo ha esteso, di fatto, la proibizione di sopprimere animali d'affezione anche al di fuori delle strutture pubbliche di ricovero degli stessi.

Il legislatore, però, non specifica direttamente in quali casi la soppressione possa essere legittimamente considerata necessaria e, di conseguenza,

rende difficile individuare correttamente gli stati di necessità, nel rispetto dei diritti dell'animale, ma anche a salvaguardia della responsabilità professionale del medico veterinario e con riguardo alla sensibilità sociale che ha ispirato la modifica del Codice Penale.



* Dossier pubblicato su *La Settimana Veterinaria*, n. 667 del 7 ottobre 2009, che si ringrazia per la concessione alla pubblicazione.



L'eutanasia degli animali d'affezione coinvolge tutti i veterinari, pubblici e liberi professionisti, che per compiti istituzionali o nella loro pratica clinica professionale, sono costretti a proporla come soluzione estrema, nell'interesse dell'animale e nel rispetto della norma, in assenza di alternative (casi fortuiti o di forza maggiore).

Come già sottolineato, essa presuppone una scelta difficile, che comporta notevoli implicazioni etiche e psicologiche, oltre che sanitarie. È comunque innegabile che siano le norme, da rispettare nel loro dettato legislativo anche se discutibili, a imporre al veterinario le responsabilità più rilevanti in termini di possibili conseguenze giudiziarie, anche perché spesso questi, sia in veste di veterinario pubblico che di libero professionista, è costretto a valutare la situazione e operare la scelta senza possibilità di confronto o di supporto di colleghi o di altre figure coinvolte.

In particolare, i Veterinari pubblici (e/o Direttori sanitari di rifugi per animali), nell'ambito della propria attività professionale, sono obbligati quotidianamente ad applicare la normativa vigente e ad assumersi gli oneri e le responsabilità dell'eutanasia degli animali soggetti alla loro custodia, in assenza dei proprietari.

D'altra parte, anche i Veterinari dediti alla libera professione devono affrontare situazioni spiacevoli e benché in questo caso la decisione finale, sempre da prendersi nel rispetto della norma di legge, possa essere concordata con il proprietario dell'animale, è comunque compito del professionista sostenere una scelta corretta e consapevole nell'interesse del proprio paziente non umano.

Quando si tratta di sottoporre a eutanasia animali d'affezione, occorre dunque considerare tutti gli elementi implicati, che, ai fini della salvaguardia della responsabilità professionale, sono le condizioni prescritte dalla legge, mentre ai fini etici sono tutti gli elementi connessi, a volte discrezionali e personali (benessere e rispetto dell'animale, etica, professionalità, contesto in cui si opera, risorse strumentali e operative disponibili). In tal modo, si potrà essere certi che nulla rimanga tralasciato nell'ambito dell'analisi di ogni caso concreto e che la decisione finale si configuri come l'unica e migliore possibile.

In aggiunta, non deve essere sottovalutato anche il "peso" del coinvolgimento psicologico che grava sul veterinario, sia nel momento in cui deve proporre o decidere la scelta estrema, sia in quello della sua attuazione.

Riquadro 1. Definizioni

• **Promozione della salute** (OMS 1986): è il processo che consente di conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. L'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvi.

La salute è pertanto vista come risorsa della vita quotidiana, non come obiettivo di vita.

• **Stato di salute** (OMS 1978): la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità.

L'analisi a confronto delle due definizioni consente di evidenziare la complessità del concetto di "salute", che deve essere intesa non solo come una condizione assoluta («Lo "stato" è per definizione qualcosa di statico, di dato a priori, qualcosa verso cui tendere, che rimane immutato, qualcosa che non mira al mutare dell'individuo»), ma come situazione dinamica di «"Processo", nel quale la finalità del benessere dipende da una quantità di fattori, tra cui anche la percezione soggettiva» (Lucia Grassi, 2008).

• **Malattia**: alterazione dello stato di omeostasi (equilibrio organico) di un organismo.

• **Malattia grave**: quando l'organismo non è in grado di risolvere autonomamente uno stato di "alterazione" in modo duraturo (*restitutio ad integrum* o riparazione del danno in cui non è richiesto alcun adattamento alla menomazione, se non temporaneo) senza compromettere il proprio benessere psico-fisico, ma richiede un intervento esterno (cioè l'organismo non è in grado di ripristinare autonomamente il proprio equilibrio).

• **Dolore**: esperienza sgradevole sensoriale e/o emotiva associata a un danno tissutale in atto.

• **Benessere**: da intendersi relativo allo stato di un individuo in relazione al suo ambiente. Le difficoltà e i fallimenti dell'anima-

le a rapportarsi (adattamento) al proprio ambiente sono indicatori di scarso benessere (vedi la definizione di "Promozione della salute", OMS 1986), cui conseguono:

- ridotta aspettativa di vita,
- peggioramento della crescita e delle funzioni riproduttive,
- presenza di traumi o ferite,
- maggiore suscettibilità alle malattie,
- comportamenti anomali (ad esempio stereotipie).

• **Sofferenza**: di natura fisica, psichica, emotiva e sociale, è riferita alla multidimensionalità dei problemi che affliggono il malato sia in fase acuta, che avanzata o terminale di malattia (definizione di Dame Cicely Saunders).

• **Malattia inguaribile**: malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte.

• **Malattia incurabile**: quando è impossibile attuare una cura; dipende dal tipo di patologia (inguaribile), dal contesto e dalle risorse. Secondo il Lessico medico italiano "incurabile" è riferito a malattia, quando non è prevedibile un suo miglioramento con i mezzi terapeutici in atto noti e disponibili. Il contesto in cui ci si trova ad agire deve essere adatto alla completa realizzazione dell'atto di cura e l'indisponibilità delle risorse necessarie deve essere valutata in rapporto alle contingenze del singolo caso, in particolare quando il reperimento delle suddette non dipende dal medico.

• **Eutanasia**: è il procurare intenzionalmente e nel suo interesse la morte di un individuo. Può essere "attiva", qualora la morte sia provocata tramite la somministrazione di farmaci che inducono la morte, oppure "passiva" mediante l'interruzione o l'omissione di un trattamento medico necessario alla sopravvivenza dell'individuo.

Disposizioni legislative vigenti in materia

Per questi motivi, si evidenzia la necessità per il veterinario di individuare con sufficiente certezza i casi in cui sia possibile procedere “a norma di legge” con l'eutanasia di un animale d'affezione, sia esso di canile che di proprietà, mirando ad accertare la sussistenza dello stato di “necessità” quale unica condizione che può legittimare l'eutanasia, escludendo invece qualsiasi atto di crudeltà.

In particolare, si devono ricostruire e interpretare le disposizioni legislative vigenti in materia, al fine di definirne l'ambito di applicazione.

Nello specifico tali riferimenti normativi sono:

- Legge n. 281/91, legge quadro in materia di animali d'affezione e prevenzione del randagismo;
- Legge n. 189/04, in materia di delitti contro il sentimento per gli animali;
- Regolamento di Polizia Veterinaria (RPV), che, nell'ambito delle misure restrittive per la tutela della salute pubblica, comprende i casi di abbattimento forzoso di animali, per contenere la propagazione di malattie infettive e zoonosiche (ad esempio, soppressione di cani e gatti con TBC, art. 104 comma 2;

abbattimento di soggetti rabidi conclamati, art. 86 comma 4; autorizzazione all'uccisione di cani e gatti vaganti, come provvedimento eccezionale in caso di preoccupante diffusione dell'infezione rabida, art. 91).

Di tali norme, oltre ai casi di cui al RPV, solo la Legge n. 281/91 specifica le condizioni che consentono la soppressione eutanassica di animali d'affezione a opera di medici veterinari, limitandole ai casi in cui essi siano «*Gravemente malati, incurabili o di comprovata pericolosità*».

Resta da definire il preciso significato giuridico di tali condizioni, al fine di porre in essere comportamenti professionali conformi.

Esse, comunque, possono essere considerate indicative delle condizioni di “necessità” di soppressione di cui alla Legge n. 189/04.

Si sottolinea, in proposito, che un'integrazione dell'elenco di eventi che giustificano l'eutanasia, deve presupporre una valutazione di necessità compatibile con l'interesse degli animali. I riferimenti normativi in esame, infatti, sottendono primariamente una *ratio* di tutela degli stessi, mentre intenti di salvaguardia dell'uomo possono prevalere solo per finalità di difesa della salute o dell'incolumità pubblica oppure in casi fortuiti o per cause di forza maggiore.

Nel merito, se l'interpretazione giuridica della “comprovata pericolosità” può essere fatta risalire alla giurisprudenza interpretativa dell'art. 672 C.P. (omessa custodia e malgoverno di animali), con riferimento alla salvaguardia dell'incolumità pubblica, e quella di “malattia grave” può riferirsi all'accertamento di un esito infausto della stessa quale unica conclusione possibile, la definizione giuridica di “incurabile” presenta le maggiori difficoltà di estrinsecazione e oggettivazione.

Si rende pertanto necessario, disporre di uno strumento di valutazione utile a produrre una descrizione congruente e uniforme del concetto di incurabilità, che costituisca una guida alla scelta.

Elaborazione di un protocollo per la definizione di “incurabilità”

Allo scopo di elaborare un protocollo operativo di valutazione e decisione, è stato costituito presso





il Servizio di Sanità Animale dell'ASL Milano, un gruppo di lavoro che ha coinvolto veterinari con differenti ruoli professionali (pubblici, universitari, liberi professionisti) e competenze (clinico-chirurgica, giuridica, comportamentale); tutti però spinti dal desiderio di migliorare la propria professionalità e agire concretamente nell'interesse dei propri pazienti: Rosangela Corti (direttore del Distretto veterinario ASL di Milano), Paola Fossati (ricercatore universitario, sezione Medicina Legale della Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano, specialista in Patologia Clinica degli Animali d'Affezione e specialista in Diritto e Legislazione Veterinaria), Claudio Maderna (Servizio Sanità Animale ASL di Milano), Sonia Magistrelli (referente sanitario del Canile Sanitario ASL di Milano e specialista in Etologia Applicata e Benessere Animali da Affezione), Cristina Picco (libero professionista, consigliere dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Milano), Daniela Proverbio (professore associato, sezione Clinica Medica della Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano), Claudio M. Rossi (responsabile del Presidio Veterinario Canile Sanitario ASL di Milano).

Il gruppo ha lavorato in particolare sugli aspetti clinico-sanitari della norma (gravemente malato, incurabile).

Significato dei termini

Prima di utilizzare gli strumenti occorre imparare la musica e nel nostro caso l'analisi si è focalizzata sull'interpretazione dei termini "malato grave" e "incurabile" nelle previsioni del legislatore, con l'obiettivo di darne un'univoca lettura.

Oltre a ciò, la Legge della Regione Lombardia n. 16 del 20/07/2006, all'art. 11 (in caso di eutanasia nei canili sanitari e rifugi), aggiunge il concetto di «*Gravi sofferenze, anche psichiche, che non assicurino il rispetto del benessere e delle esigenze fisiologiche ed etologiche*».

Per delineare in maniera univoca e corretta il significato di questi termini, è stata effettuata un'accurata ricerca bibliografica. Tutti i veterinari, infatti, conoscono tali definizioni; ma se proviamo a confrontarci, possiamo notare come ognuno ne dia in realtà una personale interpretazione abbastanza variabile. Ciò è determinato dalle proprie e specifiche conoscenze, esperienze, risorse disponibili e contesto in cui agire.

È invece necessario stabilire, in modo coerente, scientificamente valido e condivisibile, i termini da utilizzare per costruire una cultura veterinaria comune, basata sulle più aggiornate evidenze scientifiche (occorre parlare la stessa lingua o leggere le stesse note).

A tal fine, l'elaborazione di raccomandazioni e linee guida serve per impostare procedure corrette, efficaci, duttili e quindi adattabili alle diverse realtà territoriali.

Nei vari incontri del gruppo di lavoro sono stati valutati: le motivazioni, gli scopi e tutti gli elementi che rientrano nella gestione del paziente malato grave e/o incurabile, ricoverato in canile oppure di proprietà.

Sono stati considerati e definiti, in particolare:

- stato clinico del paziente;

- qualità e aspettative di vita per il paziente (presenza di dolore e/o sofferenza duraturi; necessità di terapie salvavita continuative; patologie comportamentali; possibilità di vita autonoma, come ad esempio per i cuccioli lattanti orfani);

- destino del paziente (rientro in famiglia, con adeguata assistenza, o mantenimento in canile);

- risorse (strutturali, umane, gestionali, economiche);

- *compliance* del proprietario (sensibilità personale, motivazioni e possibilità gestionali);

- disponibilità di posti e ricovero adeguato nel canile (la recettività di un canile pubblico è, come tutte le scelte politiche, condizionata dai vincoli di bilancio a cui i pubblici amministratori devono sottostare per legge, assumendosene la relativa responsabilità di fronte agli elettori).

Sono state inoltre analizzate e condivise alcune definizioni, utili per i passi successivi (riquadro 1).

Al termine dell'analisi lessicale e della relativa interpretazione, il gruppo ha stabilito di definire e classificare la "malattia" in base all'esito atteso della stessa:

- malattia non grave: dà esito a un danno temporaneo, che l'organismo ripristina autonomamente con *restitutio ad integrum* o con una riparazione menomante;

- malattia grave: da esito a un danno temporaneo o permanente, che l'organismo non è in grado di risolvere autonomamente e che necessita di un intervento medico.

Nel caso del "danno temporaneo", si avranno comunque dei costi, sia in termini di dolore/sofferenza del paziente, che di risorse da impiegare; la valutazione del rapporto costo/beneficio deve tenere in considerazione sia il previsto esito favorevole della guarigione, sia il costo delle terapie.

Se invece l'esito sarà un "danno permanente", occorrerà considerarne attentamente le conseguenze, in termini di:

- sofferenza prolungata del paziente;

- compatibilità del danno funzionale con la vita del paziente (considerando anche un livello di qualità di vita accettabile, conciliabile con le esigenze psico-fisiche e sociali del soggetto. Vedi a tale proposito la citata Legge regionale della Lombardia);

- eventuale progressione aggravante del danno (compromissione progressiva della qualità di vita del paziente);

- eventuali ripercussioni negative sulla sicurezza e la salute pubblica, anche a lungo termine (zoonosi o gravi patologie trasmissibili ad altri animali);

- grado di accettazione della cura da parte del paziente (disponibilità del soggetto a lasciarsi trattare e manipolare senza stress eccessivo; rapporto tra l'eventuale beneficio della terapia e il costo subito dall'animale in termini di sofferenza e logorio psico-fisico);

- probabile destino del paziente; per il cane di canile, valutazione se esiste una reale possibilità di futura adozione o viceversa la prospettiva sarà una lungodegenza in canile fino all'*exitus* naturale. Per il cane di proprietà, valutazione se la famiglia è in grado di gestire una lungodegenza fino all'*exitus* naturale o se viceversa dovrà in prospettiva trovargli una diversa collocazione (ad esempio un rifugio);

- rischio di accanimento terapeutico; evitare l'ostinazione di trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere beneficio per il paziente o un miglioramento della sua qualità di vita. Sono le "scommesse terapeutiche", volte più a soddisfare la curiosità e le sfide personali del medico, che a rispettare la dignità del paziente ("sindrome del dr. House", secondo Barron Lerner, del *Columbia University Medical Center*).

Per quanto riguarda la Veterinaria pubblica, inoltre, ricordiamo che introducendo i LEA (Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza, art. 1 comma 2 Dlgs 502/92), il legislatore richiama il rispetto dei principi «*Della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse*».

Tale richiamo può essere considerato esplicativo di un invito all'opportunità di valutare attentamente il rapporto costi/benefici degli interventi sanitari veterinari, razionalizzando l'impiego dei mezzi disponibili in funzione del risultato atteso e della sua effettiva raggiungibilità.

Si sottolinea che, in quest'ottica, il proprietario o il veterinario pubblico in sua vece, devono comunque agire come un "buon padre di famiglia", tenendo sempre presente l'interesse dell'animale.

L'albero decisionale

A conclusione di queste valutazioni e discussioni, si è giunti a elaborare un albero decisionale che, seppure probabilmente solo collocando in forma schematica ciò che la maggior parte dei veterinari già applica, lavorando secondo scienza e coscienza, fornisce una traccia scientificamente ed eticamente valida a supporto della difficile decisione che spesso i veterinari devono affrontare nell'ambito della loro pratica professionale.

Come si vede nella prima parte della figura 1, tutto inizia con la visita clinica del paziente.

Da questo primo atto medico possiamo stabilire se il soggetto è clinicamente sano o se invece si evidenzia un sospetto di patologia in atto. L'impossibilità della visita è argomentata e

classificata nel citato lavoro già pubblicato sui cani comprovatamente pericolosi. Naturalmente un veterinario ha altri mezzi per visitare un paziente che non collabora, quali ad esempio vari metodi di contenzione o la sedazione e anestesia del soggetto a distanza. Però l'assoluta indisponibilità del paziente, ben oltre ai normali atteggiamenti di difesa antalgica, ad accettare le manipolazioni necessarie alla prima visita, può essere un elemento di cui si dovrà tenere conto quando, proseguendo nell'indagine clinica, si giungerà a formulare una diagnosi e la conseguente terapia, soprattutto se quest'ultima dovesse prolungarsi ed essere gestita dal proprietario o da personale del canile nelle fasi successive.

Se il soggetto risulterà sano, non occorreranno altri interventi

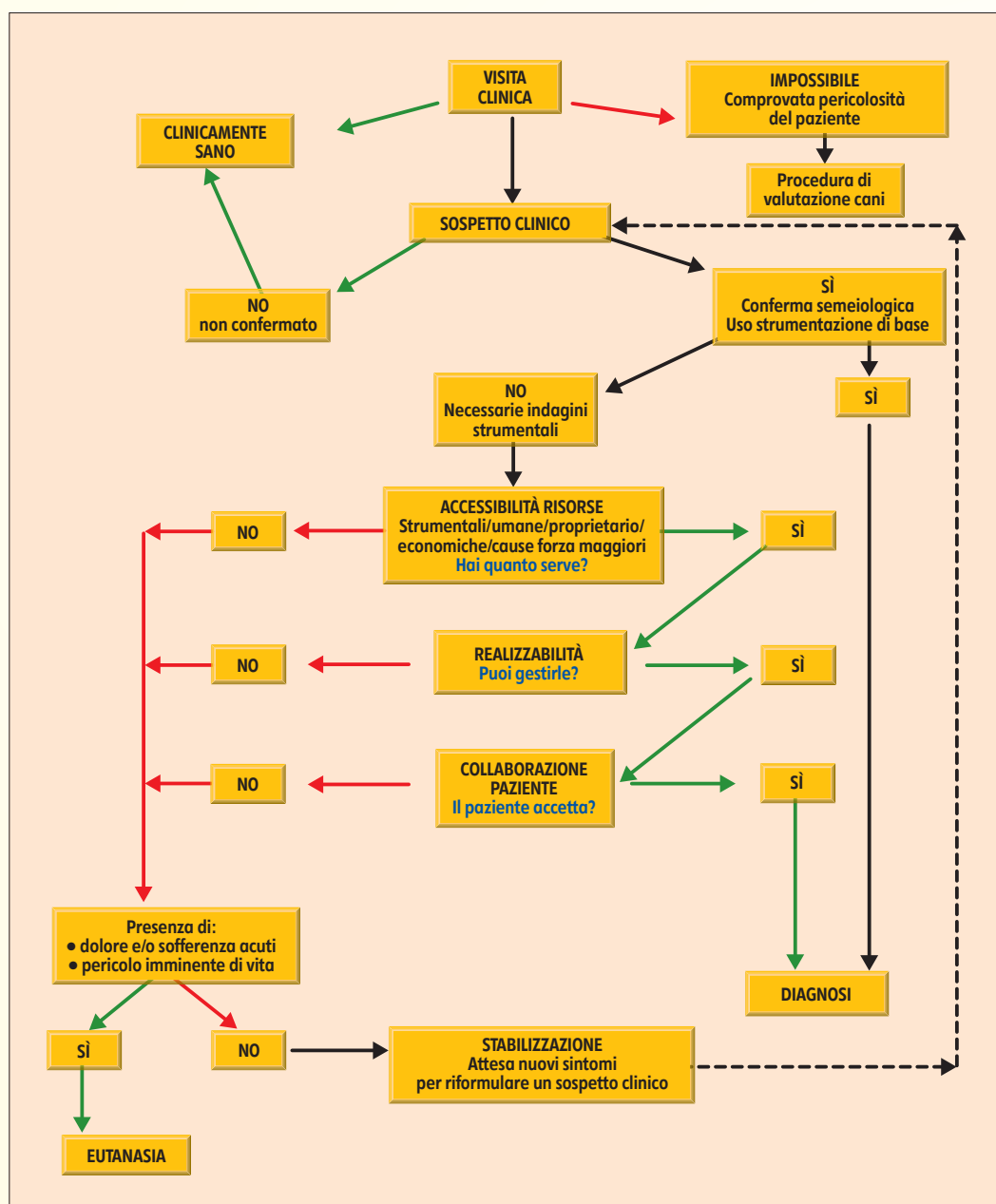


Figura 1. Dalla visita alla diagnosi.



medici, se non l'eventuale esecuzione di profilassi.

Nel caso invece sorga il sospetto che vi sia qualcosa che non va, occorrerà effettuare delle indagini più approfondite. A questo punto, se per confermare il sospetto di patologia e formulare una diagnosi non saranno sufficienti l'anamnesi, l'interpretazione semeiologica di tutti i segni, la conoscenza ed esperienza del veterinario (che non devono mai mancare e che ne costruiscono la professionalità), bisogna valutare quali indagini più complesse saranno necessarie. Ciò comporterà un'attenta valutazione della possibilità di accedere a queste risorse, siano esse strumentali, umane, economiche, di contesto (hai a disposizione quanto serve?). Dopodiché bisognerà valutare l'effettiva possibilità di realizzazione (puoi gestire adeguatamente le risorse?) e ancora una volta se esiste la collaborazione del paziente oppure se non sarà possibile proseguire con le indagini necessarie (prelievi, radiografie ecc.).

Al termine del percorso favorevole, si potrà formulare una diagnosi.

L'albero decisionale, che è stato strutturato per la valutazione delle diverse circostanze in cui il veterinario si trova a operare, può condurre anche alla constatazione che, nella situazione data, è impossibile effettuare le indagini e quindi emettere una diagnosi di patologia.

In tale caso, il veterinario dovrà comunque, facendo soprattutto appello alla sua professionalità, valutare se vi sia una sofferenza o un dolore acuto o un pericolo di vita immediato e se quindi sia opportuno procedere con urgenza all'eutanasia, o se invece sia possibile offrire comunque al paziente gli interventi medici più adeguati per migliorare il suo stato di malattia e di sofferenza, stabilizzandolo, in attesa che l'eventuale comparsa di nuovi sintomi permetta di riformulare un sospetto clinico e riavviare l'albero decisionale.

Dopo la diagnosi, è necessario formulare una prognosi (figura 2). Se questa è infausta, perché è stata diagnosticata una malattia inguaribile o incurabile, l'unica scelta possibile sarà l'eutanasia (malato grave/incurabile).

Se al contrario la prognosi può essere favorevole, occorrerà impostare un progetto terapeutico.

Ancora una volta si dovrà procedere a valutare la fattibilità dello stesso (accessibilità delle risorse, realizzabilità, collaborazione del paziente – ora più che mai, soprattutto se trattasi di terapie prolungate, invasive e dolorose).

Se, dopo avere valutato tutti i fattori, la via seguita avrà portato alla verifica dell'impossibilità di effettuare una terapia efficace e risolutiva o comunque all'impossibilità di migliorare lo stato sanitario e di malessere del paziente, per evitargli inutili sofferenze, la scelta che s'imporrà sarà l'eutanasia.

Se invece l'analisi del contesto sarà favorevole, occorrerà stimare attentamente l'esito previsto della terapia, cioè se la terapia (quando realizzabile) porterà l'organismo danneggiato a una *restitutio ad integrum*, o se esiterà comunque un danno permanente (una menomazione) e di quale entità.

Nella valutazione del danno permanente (figura 3) è assolutamente indispensabile determinare se gli esiti della patologia e/o della sua terapia sono compatibili con la vita del paziente e con

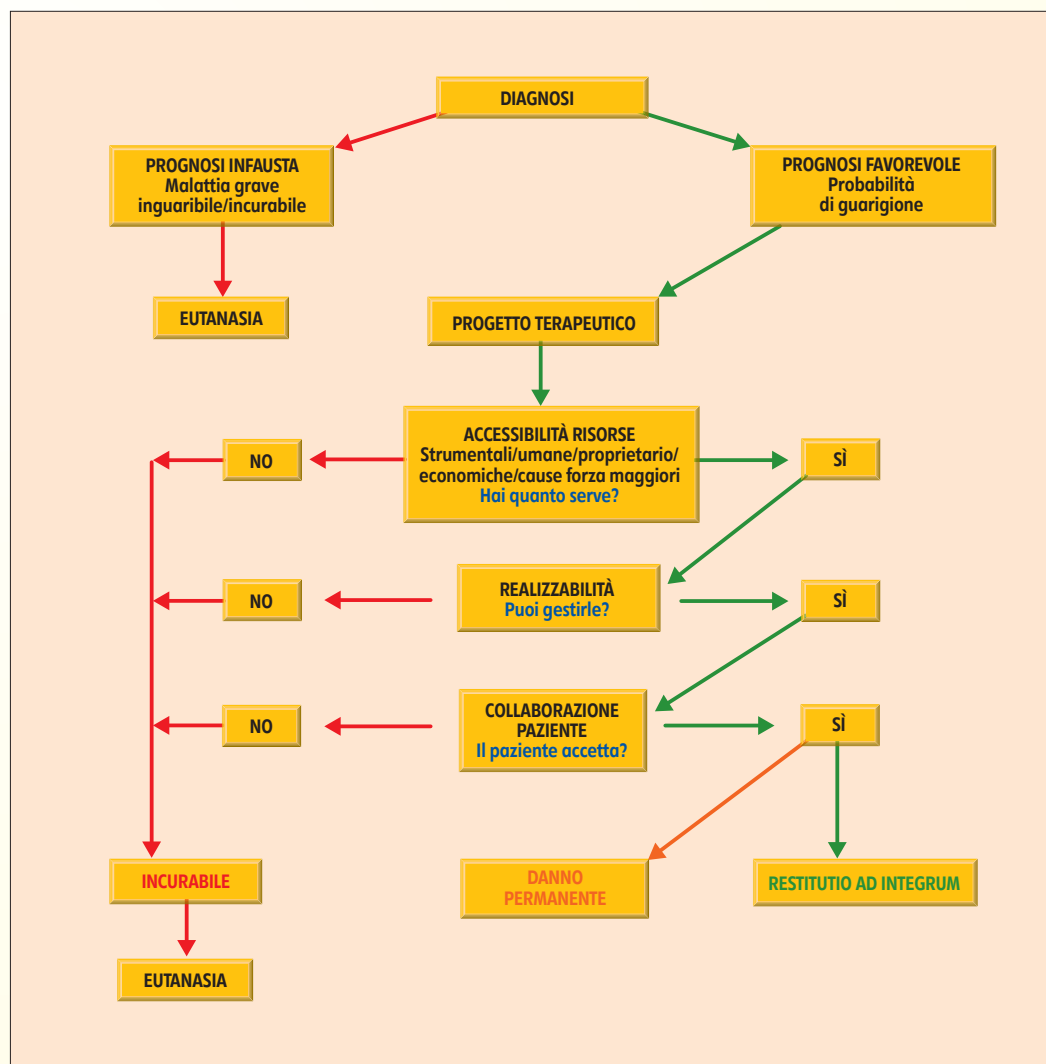


Figura 2. Dalla diagnosi alla prognosi/terapia.

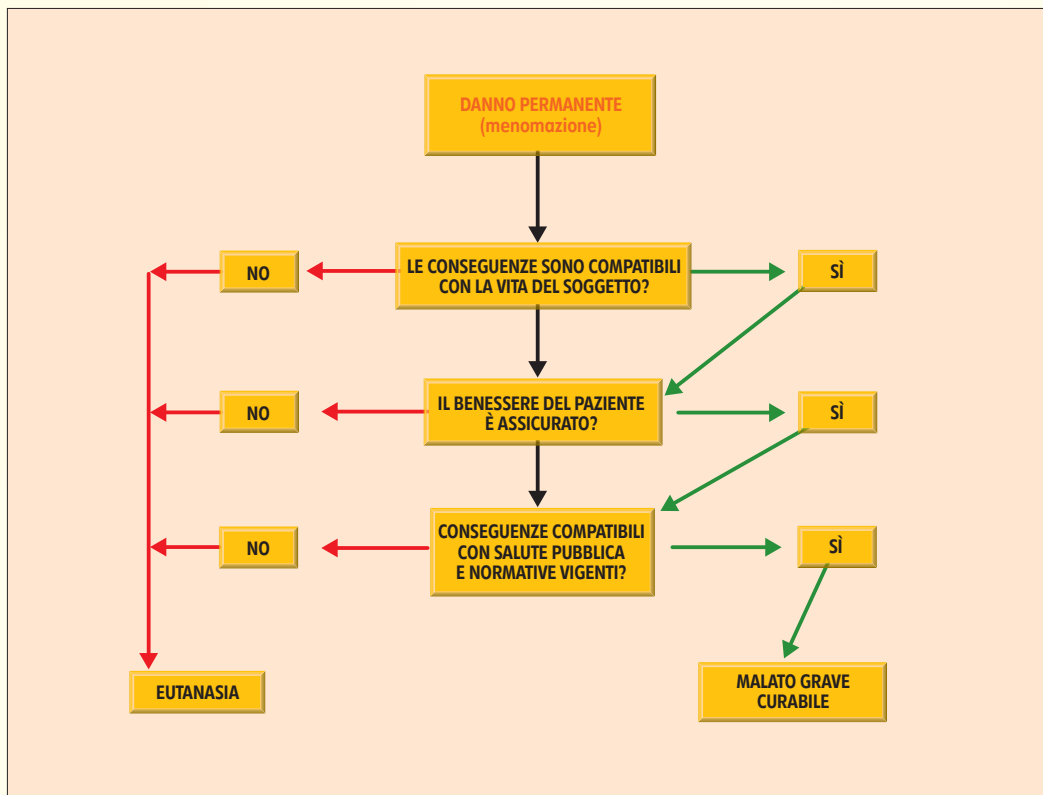


Figura 3. Valutazione del danno.

la qualità della stessa. Questi sono concetti molto difficili da definire, per cui, per ogni paziente, è necessario studiare attentamente: lo stile di vita corrente e le prospettive di cambiamento; il contesto in cui vive e la sua idoneità anche alla nuova condizione che dovesse instaurarsi; la capacità dell'animale di adattarsi al nuovo *status*; il costo in termini di sofferenza psichica, oltre che fisica.

Nella valutazione, è indispensabile agire nell'interesse del paziente, il cui "benessere" deve costituire la priorità. Non ultimo, soprattutto per gli Operatori di sanità pubblica (ma anche i veterinari liberi professionisti hanno doveri e responsabilità in questo ambito), bisogna considerare le conseguenze delle scelte operate: se siano cioè compatibili con le normative vigenti e non mettano a rischio la salute pubblica.

Conclusioni

Nello spirito della *Evidence-Based Practice* (EBP, "pratica professionale basata sulle evidenze scientifiche"), questo lavoro vuole offrire delle raccomandazioni, per dare a tutti i colleghi veterinari una linea guida semplice, aperta al confronto con altri gruppi ed esperienze sul campo, con l'obiettivo d'implementare un supporto scientificamente valido ed eticamente condivisibile.

Ogni singolo caso dovrà essere affrontato in modo specifico,

dato che le variabili in gioco sono molteplici, ma sicuramente il Professionista che dovrà affrontare il problema di gestire un paziente in condizioni tali da condurlo a emettere diagnosi e prognosi infauste (malato grave o incurabile), si sentirà aiutato da un protocollo approvato dalla categoria veterinaria (analogamente a quanto già avviene per le procedure mediche in ambito ospedaliero).

Un'ultima considerazione. In caso di decisione terminale per il paziente, oltre alla consueta elaborazione del lutto che deve affrontare il proprietario, occorre riflettere anche sul forte e problematico impatto emotivo che questa ha sul veterinario: su quello che accompagna il proprietario nella decisione, ma soprattutto sul veterinario che, in assenza di un proprietario, deve assumersi tutto l'onere di una decisione

molto gravosa e della sua esecuzione materiale.

Bisogna evitare che il coinvolgimento emotivo pregiudichi l'obiettività e la serenità e induca a inaccettabili omissioni professionali: in questo campo non può esistere l'obiezione di coscienza. Lasciare morire "naturalmente" un animale che soffre non è nel codice etico del veterinario.

Certamente detto argomento potrà essere materia per un successivo dibattito, che potrebbe, inoltre, allargarsi alla possibilità di estendere il modello di protocollo standardizzato di intervento ad altri contesti individuati da definizioni di legge.

Un riferimento è, ad esempio, alla Legge della Regione Lombardia n. 16/2006, che induce a definire il concetto di "paziente stabilizzato" (art. 10 - *interventi sanitari canili sanitari o c/o strutture convenzionate ASL*) ai fini delle competenze di prima assistenza attribuite alle ASL e, in conseguenza, a interpretare e circoscrivere le spettanze nelle fasi immediatamente successive e, soprattutto, la loro attribuzione (a chi compete la prosecuzione delle cure?).

Vogliamo, però, concludere questo lavoro con un'ulteriore proposta: mettere allo studio la realizzazione di un progetto di supporto psicologico anche per il veterinario.

In tal modo, unitamente all'albero decisionale, si potrebbe offrire al veterinario un aiuto più completo, per gestire il suo inevitabile coinvolgimento come essere umano, oltre che come professionista, nel procurare la morte.