OMCeO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

A. XXXIX - n. 06 del 15 dicembre 2007 - Euro 0,90
Spedizione post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Convegno sul nuovo codice di deontologia medica

Assemblea annuale dell'Ordine

Da Algeri buone notizie per l'OMCeO di Venezia

Associazione culturale pediatri "Lucrezia Corner"

Aspetti giuridici della Desistenza terapeutica

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

06.07

Aspetti deontologici e giuridici della desistenza terapeutica

Nel seguente articolo darà il suo contributo in merito a questa difficile materia l'avvocato Fabio Casertano, che ringraziamo fin d'ora.

Soprattutto dopo i recenti eventi legati al caso Welby, si è iniziato sempre più a discutere sulla possibilità o meno di attuare quella che è definita eutanasia volontaria passiva o "letting die" o desistenza terapeutica, ovvero quella situazione nella quale il paziente si lascerebbe morire consapevolmente rifiutando la terapia e le cure propostegli dopo aver ricevuto un'adeguata informazione circa le proprie condizioni e le relative opzioni terapeutiche.
In realtà i problemi connessi con questa situazione sono molti, ad iniziare dal fatto che la desistenza terapeutica non è sempre legata all'espressa volontà del paziente, come si può desumere analizzando i dati dello studio promosso dal GiViTi dove si evidenzia che i pazienti in grado di esprimere un valido consenso al piano di cure al momento del ricovero in terapia intensiva era del 20% diventando successivamente nullo. Questo rende conto del fatto che altre figure siano coinvolte a vario titolo nella decisione di desistere dal trattamento, quali il medico di terapia intensiva, l'infermiere o i familiari. Oltretutto vi è la possibilità di un contrasto tra l'opportunità di limitare le terapie e la volontà dei parenti che chiedono di continuare l'assistenza intensiva al proprio caro. In questo senso l'unico esempio di normativa che attualmente tenga conto della manifestazione di volontà nel campo medico è quella sugli espianti e trapianti d'organo che ha introdotto delle norme del tutto nuove con la legge del 1 aprile 1999, poi integrata dalla legge del 16 dicembre 1999 sul trapianto parziale di fegato (trapianto da vivente) e dal decreto legge dell'8 aprile 2000 in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti.
Così, mentre le procedure per il prelievo di organi sono regolate dalla legge punto per punto e obbligatoriamente discusse dai medici in équipe, le norme che gestiscono la "decisione di fine vita" non sono meglio definite. In questo contesto ci si deve quindi iniziare a chiedere se vi siano delle regole che ogni medico dovrebbe avere presenti nel momento di attuare la desistenza terapeutica e se esse trovino un fondamento nella deontologia e nelle leggi dello Stato.
Nel seguente articolo non si affronteranno le posizioni etiche o religiose e quelle della Convenzione di Oviedo che sono rinviate a successive pubblicazioni.
Il 16 dicembre 2006 è stato approvato il nuovo Codice di Deontologia Medica che apporta delle sostanziali modifiche rispetto ai precedenti al modo in cui il medico deve mettere in atto la propria professione nei confronti del paziente. Esso non fa riferimento né alla bioetica religiosa né a quella laica, ma affronta temi delicati cercando di dare una risposta a problemi che sono sempre più importanti e pressanti. D'altra parte lascia irrisolte alcune questioni di fondo nel contrasto tra chi, assimilando l'etica alla deontologia, ritiene che un Codice Deontologico debba essere costruito sulla base del diritto naturale e coloro che sostengono che i valori etici traggono la loro origine dalle leggi.
Si riportano di seguito gli articoli che possono avere a che fare con la desistenza terapeutica.

articolo 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.

articolo 17
"Eutanasia"
Il medico, anche su richiesta del malato, non

deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.

articolo 18
"Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica"
I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

articolo 20
"Rispetto dei diritti della persona"
Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentale della persona.

articolo 22
"Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica"
Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.

articolo 35
"Acquisizione del consenso"
Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

articolo 38
"Autonomia del cittadino e direttive anticipate"
Il medico deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa. Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

articolo 39
"Assistenza al malato a prognosi infausta"
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 psichico-fisiche 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.

Il Nuovo Codice di Deontologia Medica che già tiene in considerazione tutti gli aspetti legati a questa complessa professione, affronta lo specifico caso della desistenza terapeutica nell'ambito della qualità della vita e della dignità della persona, sottolineando l'importanza dell'acquisizione del consenso informato e della volontà della persona malata.
Sicuramente si sono fatti parecchi passi in avanti per quanto riguarda l'ambito in questione ma c'è bisogno di persistere su questa strada perché sarebbe importante trovare dei criteri definitivi per orientare le drammatiche scelte cui si trovano ogni giorno davanti i professionisti.

Nel campo della normativa statuale, in assenza di una specifica legislazione che regolamenti l'ambito di rilevanza dell'autonomia decisionale del paziente nella fase di avvicinamento alla fine della vita (soprattutto nel rapporto con il medico), diverse sono le norme dell'ordinamento giuridico che vengono in evidenza, spesso tra loro confliggenti.

Le norme cardine a sostegno e affermazione del principio della libertà e dell'autonomia decisionale del paziente, anche nella fase finale della vita, vengono individuate negli articoli 13 e 32 della Costituzione: come noto, l'art. 13 della Costituzione sancisce l'inviolabilità della libertà personale che può essere soggetta a restrizione solo in presenza di un atto volontario dell'autorità giudiziaria e solo nei casi e nei modi previsti dalla legge; l'art. 15 della Costituzione, nel tutelare il diritto della persona alla salute, afferma che nessuno può essere sottoposto ad un determinato trattamento sanitario, contro la sua volontà, e fatto salvo che lo stesso non sia previsto come obbligatorio per espressa disposizione di legge.

Il principio di autodeterminazione del paziente trova riscontro anche nella Legge 145 del 28 marzo 2001 di ratifica ed esecuzione della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, lì dove afferma all'art. 5 che nessun intervento nel campo della salute può essere effettuato senza il preventivo consenso libero e informato della persona interessata (consenso che, in ogni momento, può essere liberamente ritirato dallo stesso), e all'art. 9 che i desideri precedentemente espressi in relazione ad un intervento medico dal paziente, che al momento dell'intervento stesso non sia in grado di esprimere la sua volontà, dovranno essere tenuti in considerazione.

A fondamento invece del contrapposto principio dell'indisponibilità della vita vengono per lo più indicati l'art. 5 del Codice Civile, per il quale sono vietati gli atti dispositivi del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, nonché quei precetti penalistici che, a diverso titolo, sanzionano la soppressione della vita: l'art. 575 del Codice Penale che punisce l'omicidio; l'art. 579 del Codice Penale che punisce l'omicidio del consenziente; l'art. 580 del Codice Penale che punisce l'istigazione o aiuto al suicidio.

La sussistenza di norme diverse, tutte a ragione richiamate a sostegno e fondamento di principi di assoluto rilievo, ma tra loro in potenziale conflitto, non ha ad oggi permesso di elaborare criteri di comportamento per gli operatori di settore se non univoci, almeno sufficientemente certi.

La stessa lettura che di tali principi viene fornita dalla giurisprudenza non è tale da sgombrare il campo da dubbi e da incertezze.

Sul punto, una più approfondita analisi appare allo stato davvero problematica e non può essere che rimandata a successive considerazioni, che andranno necessariamente svolte anche alla luce di quanto recentissimamente statuito dalla Corte di Cassazione nella triste vicenda di Eluana Englaro.

Avv. Fabio Casertano
Dott. Cristiano Samueli