

MA LA DIALISI DEVE ESSERE PER TUTTI? COMMENTO

A.F. De Vecchi

U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Policlinico Mangiagalli, Regina Elena, Fondazione IRCCS, Milano

Riassunto

Gli aspetti etici e legali della sospensione o negazione del trattamento dialitico sono ancora estremamente dibattuti. La dialisi è un trattamento costoso, invasivo e straordinario. Perciò l'indicazione o meno al trattamento dovrebbe essere discussa nel singolo caso dopo aver valutato l'attesa di sopravvivenza, la riabilitazione, la qualità di vita, i costi psicosociali e le complicanze cliniche. Su queste basi, dopo un'accurata e completa informazione, i pazienti in grado di intendere dovranno avere la possibilità di esprimere la propria scelta, ma anche di cambiarla in qualsiasi momento. Nei pazienti dementi, il medico dovrebbe cercare di capire dai parenti quale sarebbe stata la scelta del paziente. La Chiesa Cattolica considera accettabile sospendere o negare il trattamento straordinario, che abbia come unico effetto un prolungamento della vita, con una qualità di vita inaccettabilmente bassa. È spesso inumano chiedere alla famiglia la decisione sul trattamento. Il compito del medico deve essere quello di dare una informazione completa ed accurata con tutte le possibili alternative. Il medico nelle situazioni estreme dovrebbe anche proporre una scelta aiutando i familiari anche nel caso in cui non la condividano. Infine dovrà essere fatto il possibile per garantire cure palliative ed assistenza medica e sociale al paziente ed ai suoi familiari.

Should dialysis be for all? Commentary

The legal and ethical aspects of withholding or withdrawing dialysis are still a matter of debate and it is impossible at present to define a sole correct behavior. Dialysis is an extraordinary, expensive and invasive treatment. The choice to withhold or withdraw this treatment should be discussed in each single case after evaluating comorbidities, expected survival, rehabilitation, quality of life, psychosocial cost and clinical complications. On this basis competent patients should have the possibility to give or deny their consent to the treatment and to change this decision at any time. In incompetent patients, the doctor should try to understand what the patient would choose if he were competent or help the family decide what action would be in the best interest of the patient. The Catholic Church considers it acceptable to withdraw or withhold extraordinary therapies whose final effect is the mere prolongation of survival with an unacceptably poor quality of life (no apparent therapeutic benefit). It is often inhumane to ask the family to decide to let a patient die. This should be a medical proposal that the family may accept after having received appropriate information on possible alternatives. Finally, everything should be done to ensure palliative care and medical and social assistance for the patient and his family. (G Ital Nefrol 2008; 25: 290-3)

Conflict of interest: None

✉ **Dr. Amedeo Franco De Vecchi**
Fondazione IRCCS
Ospedale Policlinico Mangiagalli,
Regina Elena
U.O. Nefrologia e Dialisi
Via Commenda, 15
20122 Milano
e-mail: deveccpd@policlinico.mi.it

Parole chiave:

Accanimento terapeutico,
Consenso informato,
Dialisi sospensione,
Problemi etici

Key words:

Withholding,
Informed consent,
Dialysis withdrawal,
Ethical aspects

Negli anni '60-'70, quando divenne disponibile la dialisi cronica, la limitata possibilità di trattamento imponeva una rigorosa scelta dei pazienti da dializzare, basata

di solito su principi sociali, anagrafici e clinici. Nei decenni successivi l'aumentata disponibilità della dialisi portò ad un progressivo allargarsi delle indicazioni, spo-

stando a volte i pazienti con maggiori comorbidità alla dialisi peritoneale, ma scaricando così anche il maggior peso dell'esecuzione della dialisi ai familiari. Negli ultimi 20

anni l'aumento dei costi e delle spese sanitarie ha portato a riflettere sull'appropriatezza di alcune terapie molto costose.

In questo scenario, il medico deve prima di tutto garantire il benessere del paziente, indipendentemente dai costi sociali, ma deve anche valutare l'efficacia e l'efficienza delle terapie che prescrive, soprattutto quando siano invasive. È vero come dice Panzetta che il trattamento dovrebbe essere garantito a tutti i pazienti, ma è anche vero che il paziente dovrebbe essere compiutamente e correttamente informato di ciò a cui può andare incontro con la dialisi o addirittura con un prolungamento della sopravvivenza. Ad esempio un paziente neoplastico può essere portato con la dialisi a sofferenze atroci per dolori metastatici.

D'altra parte non è vero che le risorse siano illimitate: infatti, si parla ormai di prestazioni sanitarie gratuite solo per chi abbia un red-

dito particolarmente basso. La maggiore spesa sanitaria riduce, di fatto, gli investimenti in settori nei quali si potrebbe ottenere un buon risultato in termini di riabilitazione e qualità di vita (riabilitazione neurologica o motoria, interventi vascolari, trapianti, ecc.). Nella nostra società l'ipocrisia politica garantisce a tutti la sopravvivenza con la dialisi, sottraendo i fondi per garantire l'assistenza domiciliare, la riabilitazione e così via, ottenendo una maggiore sopravvivenza, ma di infima qualità.

Negli USA, circa il 32% dei responsabili dei Centri dialisi sono favorevoli all'interruzione della dialisi nei pazienti divenuti dementi (1). Nel Nord America la sospensione del trattamento è la causa di circa 1/4 dei decessi in dialisi (1, 2). Nella nostra cultura il problema comincia ad emergere anche se la generalizzazione di indicazioni e controindicazioni non viene accettata e la valutazione viene fatta

caso per caso. In particolare, sono convinto che il fattore limitante non debba essere l'età, anche se con il procedere degli anni la "stanchezza di vivere" può portare più spesso il paziente ad un rifiuto del trattamento. Il problema è se una limitazione al trattamento debba e possa essere attuata.

I problemi che condizionano la disponibilità, o meno, a discutere l'indicazione alla dialisi nel singolo paziente sono riassunti nella Tabella I. La dialisi è sicuramente da considerarsi un trattamento costoso, aggressivo, che provoca numerose ed importanti limitazioni sociali e induce problemi o sintomi che condizionano la qualità di vita. Tale terapia non può prescindere dalla preparazione chirurgica di un accesso vascolare o peritoneale, anche questa legata a rischi, sofferenze e potenziali complicazioni. D'altra parte, quasi sempre, la dialisi è anche l'unico modo per prolungare la sopravvivenza.

TABELLA I - FATTORI NON MEDICI CHE POSSONO SPINGERE VERSO LA TERAPIA DIALITICA O VERSO IL TRATTAMENTO PALLIATIVO

IN ENTRAMBE LE DIREZIONI	A FAVORE DELL'INDICAZIONE INDISCRIMINATA ALLA DIALISI	CONTRO L'INDICAZIONE INDISCRIMINATA ALLA DIALISI
Familiari: spinte "altruistiche, egoistiche" o dettate da interessi personali. Spesso i parenti non conviventi sono quelli che insistono perché venga fatta ogni terapia	Paura di <u>contenzioso legale</u>	<u>Riserve etiche e sociali sull'utilizzo di risorse</u> senza prevedibile risultato
Nei pazienti dementi: <u>dubbi sulla validità attuale di un parere precedente</u> , anche se espresso in modo ineccepibile dal paziente (testamento biologico)	<u>Riserve etiche o religiose</u> sul diritto di negare o sospendere il trattamento	<u>Inadeguata allocazione delle risorse</u> : l'impegno di risorse nella Sanità pubblica non può allargarsi in modo infinito e può diventare attuale la possibilità di ridurre le prestazioni gratuite (basata sul censo, sull'efficacia o altri fattori)
Disponibilità o meno di <u>risorse economiche</u> del singolo per una assistenza continua	Mancanza di dati adeguati per valutare il <u>rapporto rischi/benefici</u> in particolari situazioni	<u>Riserve etiche sul diritto di impedire al paziente di morire dignitosamente</u>
Difficoltà nel definire il rapporto "costo/beneficio", che non può basarsi sul solo costo economico e sulla sola sopravvivenza del paziente	Decisione sostanzialmente meno traumatica, soprattutto per chi non segue direttamente il paziente durante il trattamento	<u>Burnout dello staff Sanitario</u> (chi segue il paziente evita lo stress dell'assistenza ad un paziente che soffre "senza un risultato")

Trattare tutti i pazienti è forse più semplice, non richiede traumatiche decisioni e protegge dal punto di vista del possibile contenzioso legale, ma potrebbe non essere l'atteggiamento più corretto per il bene del paziente. Purtroppo non sappiamo a priori se le sofferenze legate al trattamento produrranno risultati in termini di sopravvivenza dignitosa. Non è ancora chiaro se la dialisi possa ridurre o aggravare problemi clinici, legati ad altre patologie associate, o possa favorire l'insorgere di demenza. Allo stesso modo, non sappiamo a priori se rifiutando il trattamento togliamo al paziente delle sofferenze o dei giorni di vita. La qualità di vita, che dovrebbe essere il cardine di una decisione presa con il paziente, non è prevedibile, anche perché la componente individuale è prioritaria nel definire le attese e quindi la percezione di qualità di vita. Non sappiamo neppure, se non in modo estremamente approssimativo, quali siano gli impegni e i costi richiesti alla famiglia per assistere un paziente in dialisi, demente, inabile o con altre gravi comorbidità.

Nel caso in cui il soggetto sia in grado di intendere e di volere, dopo essere stato informato compiutamente e correttamente della attesa evoluzione del suo quadro clinico e delle possibili conseguenze della terapia, può decidere di rifiutare il trattamento e la sua decisione deve essere rispettata. Addirittura la convenzione Europea firmata nel 1997 ad Oviedo (non ancora ratificata dallo Stato Italiano) stabilisce all'art 9 che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un trattamento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione".

La chiesa cattolica (3) definisce come accanimento terapeutico l'utilizzo di terapie sproporzionate e/o troppo onerose per il paziente, ma anche per i parenti o per la colletti-

vità. Il criterio di proporzionalità mette a confronto "il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali". Lo stesso documento riporta "...È molto importante oggi proteggere nel momento della morte la dignità della persona umana e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di divenire abusivo". "...Nell'imminenza della morte, inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarci, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo". "...Lasciar morire sarebbe eutanasia solo qualora un intervento medico potesse restituire lo stato di salute, mentre la sua omissione ha come esito la morte. Non ricadono quindi nella definizione di eutanasia", "...la sospensione o la negazione di cure definibili come sproporzionate". In questo senso è significativa la vicenda di un Sacerdote che chiese, sentito il proprio Vescovo, di sospendere la dialisi valutando sproporzionato tale trattamento rispetto ai risultati. (La Repubblica 26/9/1998) (4).

Tali elementi sono confermati anche dagli artt. 14, 32, 34 e 37 del **Codice di Deontologia Medica** del 1998.

Rimane a questo punto il problema di definire quali siano le condizioni in cui la dialisi sia un trattamento sproporzionato (5, 6). Tra queste non dovrebbero entrare aspetti quali: l'età, la razza, il censo, anche se spesso quest'ultimo costituisce spesso un elemento fondamentale per il successo del trattamento e per il suo peso familiare. Va

peraltro ricordato che nei pazienti ultraottantenni, fattori sociali come l'isolamento sociale e il *late referral*, hanno un maggior peso prognostico della riabilitazione fisica (7). D'altro lato non dimentichiamo che molti pazienti vengono esclusi dal trapianto renale solo per la presenza di "elevato rischio operatorio". Gli imponiamo, senza chiedere il loro parere, un trattamento inabilitante, la dialisi, per un rischio (quanto aumentato?) di mortalità perioperatoria, accompagnato però, in caso di successo, da una qualità di vita spesso nettamente migliore.

Queste valutazioni restano valide anche nel caso in cui il paziente sia demente e quindi non sia in grado di esprimere la sua opinione, soprattutto in assenza di fattori comorbidi che riducano la sopravvivenza attesa. In questi casi la qualità di vita del paziente non è valutabile, anche se il trattamento può divenire troppo gravoso per la famiglia. Infatti, manca quasi sempre un effettivo sostegno sociale e i costi a carico della famiglia assumono un importante rilievo rispetto ai possibili benefici. Ha senso ad esempio che un figlio quarantenne perda il lavoro o spenda tutti i propri risparmi e trascuri la propria famiglia per assistere un genitore demente in trattamento dialitico, magari anche con gravi comorbidità, solo per offrirgli una breve sopravvivenza?

Nel paziente demente che non accetti serenamente il trattamento dialitico diviene insormontabile la difficoltà logistica del trasporto al Centro dialisi e soprattutto la necessità di sedazione profonda, con presenza dell'anestesista, per tutta la durata della dialisi. In questo caso diviene anche estremamente problematico il mantenimento di accessi vascolari diversi dalla fistola, per la possibilità che, a casa, il paziente se li strappi con rischi di infezioni ed emorragie. Questi fattori limitano in modo drammatico la possibilità di un trattamento sanitario obbligatorio in questi casi. Il TSO imporrebbe

solo il trattamento salvavita, peggiorando ulteriormente i risultati della dialisi ed aumentandone i costi (trattamento quasi d'urgenza).

La soluzione nei casi estremi potrebbe essere di iniziare il trattamento dialitico e valutarne i risultati nel tempo, con il paziente e/o i familiari, per poi eventualmente sospenderlo. Tale possibilità è limitata da due importanti ostacoli. Il primo è che comunque l'inizio della dialisi comprende la preparazione di un accesso, che a sua volta provoca ricoveri, sofferenze, costi e problemi. In secondo luogo, per molti parenti e medici è meno traumatico, ed apparentemente legato a minor rischio di contenzioso legale, non iniziare la dialisi piuttosto che sospenderla dopo averla iniziata (4, 8). Soprattutto, come dimostrano recenti episodi, dal punto di

vista dell'opinione pubblica l'interruzione appare come un intervento più "attivo" (staccare la spina), rispetto alla negazione del trattamento stesso.

Un altro aspetto, mai sufficientemente sottolineato, è che non è etico accollare tutto il peso della decisione ai familiari, spesso già sconvolti per la gravità della malattia del congiunto. Secondo molti Autori, il medico, oltre a fornire tutte le informazioni disponibili sulla prognosi e sulle possibili complicazioni e, con soggetti dementi, deve cercare di capire cosa il paziente avrebbe deciso se fosse stato in grado di intendere. Su queste basi deve proporre di continuare o sospendere la dialisi, chiedendo infine ai familiari il loro consenso (9). Raggiunta una decisione, il paziente ed i suoi familiari devono

comunque essere aiutati ed appoggiati, anche se la loro scelta non è condivisa dal medico. Il paziente non dovrebbe essere lasciato a se stesso o alla famiglia, ma seguito e curato per garantirgli una morte dignitosa e per quanto possibile non dolorosa (9, 10). Non va dimenticato che la società deve farsi carico anche di questi costi. Dovranno essere mantenuti stretti contatti tra lo specialista ed il medico di famiglia, almeno finché non saranno disponibili anche in Italia organizzazioni istituzionalizzate o domiciliari che seguano il paziente nella fase terminale.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Moss AH, Rettig RA, Cassel CK. A proposal for guidelines for patient acceptance to and withdrawal from dialysis: a follow-up to the IOM report. *ANNA J* 1993; 20: 557-61, 617.
2. Bosshard G, Fischer S, van der Heide A, Miccinesi G, Faisst K. Intentionally hastening death by withholding or withdrawing treatment. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118: 322-6.
3. Casalone C. Come decidere sulla fine della vita? In: *Aggiornamenti Sociali* 2006; 12: 811-22.
4. Congregazione per la Dottrina della Fede: Dichiarazione "Iura et bona" de eutanasia (1980) parte IV.
5. Loewy EH, Carlson RA. Futility and its wider implications. A concept in need for further examination. *Arch Intern Med* 1993; 153: 429-31.
6. Schneiderman LJ, Jecker N. Futility in practice. *Arch Intern Med* 1993; 153: 437-41.
7. Van Biesen W, Lameire N, Veys N, Vanderhaegen B. From curing to caring: one character change makes a world of difference. Issues related to withholding/withdrawing renal replacement therapy (RRT) from patients with important co-morbidities. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 536-40.
8. Singer PA. Nephrologists' experience with and attitudes towards decisions to forego dialysis. The End-Stage Renal Disease Network of New England. *J Am Soc Nephrol* 1992; 2: 1235-40.
9. Oreopoulos DG. Is there a right time to say no to life? *Perit Dial Int* 1994; 14: 205-8.
10. Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM. Practical considerations in dialysis withdrawal: "to have that option is a blessing". *JAMA* 2003; 289: 2113-9.

DIRITTI E DOVERI DEL MEDICO CIRCA LE RICHIESTE DEL PAZIENTE IN MERITO ALLE TERAPIE¹

G. Cannella

Avvocato specializzato in responsabilità professionale medica. Consulente legale di strutture ospedaliere e membro di Comitati Etici, Milano

Spesso in tema di consenso informato le questioni che maggiormente vengono esaminate sono quelle che presentano dati di straordinarietà, senza rendersi conto come ormai la cosiddetta "normalità" di fatto richiede una serie di riflessioni, per la molteplicità di situazioni che lo stesso evolversi della possibilità delle terapie ci pongono.

Uno di questi casi è sicuramente quello che si presenta (fuori dai casi di urgenza e affrontando solo situazioni in cui il paziente sia capace di intendere e volere) allorché il medico deve decidere se accogliere o negare una terapia esplicitamente richiesta dal paziente stesso; per affrontare tale tema dal punto di vista strettamente giuridico e sul punto di responsabilità, si richiede il vaglio di una domanda preliminare, ossia se il medico possa negare una terapia al paziente.

A tale quesito deve darsi risposta negativa, essendo il medico tenuto, in forza dei propri doveri professionali ed a norma del codice civile, a prendersi cura del paziente; ma non solo: l'art. 328 c.p., infatti, punisce la condotta del pubblico ufficiale o dell'incaricato di un pubblico servizio (categoria in cui può collocarsi la figura del medico), che indebitamente rifiuti di compiere atti del proprio ufficio. Occorre, peraltro, che tale comportamento sia accompagnato da due ulteriori requisiti: esso deve appartenere ad uno dei campi tipici della propria attività; il trattamento rifiutato deve poi essere urgente, riguardo ad una valutazione da effettuarsi sulla base delle conseguenze dannose che l'inadempimento può provocare al bene "salute".

Il medico quindi non può rifiutare personalmente un atto del proprio ufficio, restando altrimenti responsabile a livello civile e professionale; d'altra parte, per eventuali conseguenze penali, occorrerà che venga provata l'urgenza del trattamento negato, per come sopra precisata.

Si può sostenere in linea teorica che mentre esiste nel caso ordinario (non urgente) la possibilità della responsabilità civile, non sussisterebbe la responsabilità penale, a condizione che non vi siano elementi per ritenere quel trattamento assolutamente necessario e non rinviabile. Da queste ultime osservazioni si ricava che seppure in linea teorica non sussisterebbe la responsabilità penale, nessuno può escludere che qualcuno, erroneamente, possa ritenere sussistere gli estremi per l'azione penale.

Altra questione conseguente alla prima è la possibilità che il medico possa rifiutare la terapia costosa e aggressiva richiesta dal paziente; a tale quesito una prima risposta può essere data dall'affermazione che il medico, richiesto dell'esecuzione di un determinato trattamento, "decide in piena autonomia secondo la lex artis, di accogliere la richiesta e di darvi corso", a nulla rilevando persino il fatto che la richiesta del paziente discenda da prescrizioni di un altro sanitario (Trib. Milano, V, 9 agosto 2006, n. 8396; analogamente Cass., III, 14 marzo 2006, n. 5444).

Ad ulteriore conferma di quanto detto va rilevato che l'art. 12 del Codice di Deontologia medica dispone che "*in nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili*".

Le due situazioni fin qui esaminate, si distinguono sostanzialmente dal fatto che nella prima, il medico astrattamente non avrebbe nessuna ragione valida dal punto di vista della motivazione ad astenersi dal prestare la propria assistenza, se non il potere di reclamare la propria sfera di libertà anche nell'ambito professionale, mentre nella seconda egli agirebbe in modo contrario alla *lex artis*. Le due situazioni così chiarite si configurano in modo diverso e giustificano da una parte la possibile reazione dell'ordinamento giuridico, mentre dall'altra l'esclusione di una sanzione in capo al medico.

Molto più complesse, involgendo anche concezioni di carattere personale, si presentano i quesiti circa la validità ed i limiti del consenso prestato da parte dei familiari e la possibilità per il medico di sospendere o interrompere terapie che non comportino significativi miglioramenti alle condizioni del paziente; infatti, in relazione a queste non v'è un'opinione concorde né dal punto di vista etico, né dal punto di vista giuridico, se non su alcuni punti.

Punto fermo riguarda il fatto che i "parenti", o per meglio dire il tutore (o amministratore di sostegno²) siano i soggetti abilitati a prestare in via generale il consenso, quando il soggetto sia incosciente o comunque incapace di intendere e volere; il tutore che ha la cura della persona "lo rappresenta in tutti gli atti civili"³: l'eventuale consenso alla prestazione medica, dunque, dovrebbe far capo a lui.

Le disposizioni del codice civile in esame hanno di mira prevalentemente interessi economici del soggetto, per cui per il compimento di atti patrimoniali non ordinari, l'art. 374 c.c. si premura di richiedere necessariamente l'autorizzazione del giudice tutelare. Un primo problema attiene allora alla possibilità di ritenere applicabile tale articolo anche ad atti che non hanno carattere economico, specie in riferimento ad interventi extra-ordinari, come i trattamenti sanitari: la soluzione di tale problema, in realtà, non è del tutto pacifica, giacché si tratterebbe di un'interpretazione analogica della disposizione sopra citata. Le conseguenze poi sono notevoli: se si ritiene applicabile l'art. 374 c.c. anche alle prestazioni mediche, ne deriva logicamente

¹ Oltre ai riferimenti normativi indicati nella esposizione che precede, occorre tener conto degli articoli 2, 13, 32 Costituzione e della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, ratificata con Legge 28 marzo 2001, n. 145.

² Figura di recente introduzione per la quale si rinvia ad apposite trattazioni.

³ Art. 357, c.c. da leggere in combinato disposto con l'art. 424 c.c.

l'attribuzione (esorbitante) ai giudici della qualifica di custodi/padroni circa le scelte del tutore in relazione all'opportunità di prestare o meno il consenso all'intervento invasivo. Altrimenti, potrebbe esservi il rischio che decida tutto il tutore, peraltro in assenza di alcun controllo da parte di soggetti esterni.

In estrema alternativa allora ci si dovrebbe domandare se qualcuno possa effettivamente prestare questo consenso oppure no (e se no, quali operazioni dovrebbe porre in essere il medico?). Insomma, nel caso di consenso prestato in luogo del paziente le questioni aumentano per difficoltà.

Gran parte delle questioni dipendono anche dal tipo di intervento da eseguire, potendosi francamente ritenere che anche all'interno dei trattamenti sanitari possa operare una divisione tra quelli ordinari e straordinari (all'interno dei quali ritagliare l'ulteriore categoria del c.d. accanimento terapeutico): d'altra parte sembra più corretto affidare la delimitazione dei confini di tali categorie alla scienza medica, unica in grado di definire a quale di esse ricondurre la singola operazione da eseguire. Inoltre, all'interno degli atti straordinari (tra i quali certamente va ricompresa la c.d. dialisi), se è pur vero che il paziente cosciente può sempre rifiutare un trattamento sanitario a sé favorevole, controverso è altresì il quesito se il medesimo possa chiedere di interrompere le cure già poste in essere, la cui sospensione potrebbe avere l'effetto, in un tempo breve di condurre alla morte.

La discussione coinvolge anche la tipologia del trattamento sanitario in esame: prendendo ad esempio la dialisi, pur trattandosi di una terapia unitaria, è indubbio che essa si compia di una pluralità di interventi distinti, in relazione ad ognuno dei quali il paziente può decidere se sottoporsi o meno. Parimenti, il paziente può scegliere di volta in volta se sottoporsi a quel tipo di terapia oppure decidere di optare per altra, magari meno invasiva. Diversa, evidentemente, si presenterebbe la soluzione ove l'interruzione della terapia comporti una condotta attiva da parte del medico: in tal caso sussiste più di qualche dubbio sulla legittimità di un tale intervento. Problema spinoso giacché ad ogni diritto si accompagna necessariamente un obbligo o dovere, che di fatto consisterebbe in un intervento potenzialmente letale⁴.

Quanto detto assume maggior pregnanza alla luce del fatto che l'art. 3 del Codice di Deontologia medica antepone a tutti i doveri del medico quello di tutela della vita.

Su tale problema non v'è concordanza d'opinioni: alcuni ritengono che il paziente possa liberamente chiedere la cessazione della cura in applicazione del principio della libertà di autodeterminazione al trattamento sanitario, mentre altri che tale diritto alla cessazione del trattamento non sussista qualora l'interruzione comporti conseguenze mortali al soggetto, un terzo orientamento che coniuga il diritto alla vita con il principio del non accanimento terapeutico in relazione al quale è lecito decidere di sospendere la terapia.

Alla luce di tali considerazioni occorrerebbe valutare in primo luogo se l'intervento richiesto o da eseguire possa qualificarsi come atto ordinario, straordinario o finanche accanimento terapeutico.

Dalla qualificazione nell'un senso piuttosto che nell'altro discendono conseguenze differenti: se ordinario, ad avviso di chi scrive, il consenso può essere effettuato anche dal tutore puramente e semplicemente; se extra, occorre valutare i rischi che deriverebbero dal mancato consenso: in altri termini l'intervento del giudice potrebbe giustificarsi qualora la mancanza del consenso o il rifiuto dello stesso possa provocare lesioni gravi ed irreparabili al soggetto incosciente (fino all'evento mortale)⁵. Se accanimento terapeutico, inutile dire che le cure non si giustificano se non nel senso di una diminuzione del dolore.

Da tali considerazioni discendono pure le risposte all'ultimo interrogativo: la sospensione della cura in assenza di miglioramenti è valutazione che il medico deve fare alla luce delle migliori conoscenze attuali della scienza medica, ma che non può prescindere dall'inquadramento del trattamento in una delle anzidette categorie. Qualora il trattamento non possa qualificarsi come accanimento e la sua interruzione possa provocare grave nocumento alla persona, non pare consentito abbandonare la cura *sic et simpliciter*.

Infine, una precisazione si rende necessaria per quanto riguarda l'attesa di sopravvivenza o la c.d. qualità di vita: se è pur vero che l'art. 14 del Codice di Deontologia medica imponga al medico di "*astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita*", si deve considerare che tale articolo si riferisce in realtà al c.d. accanimento terapeutico; tant'è vero che altrimenti risulterebbe insolubile il contrasto logico con l'art. 37, c. 2, il quale dispone che "*in caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile*".

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ **Avvocato Giuseppe Cannella**

Studio Legale Associato LCG

Viale Majno, 20

20129 Milano

Tel. 02 76398404

Fax 02 76006457

⁴ Seppur col consenso del paziente; cfr. art. 579 c.p.

⁵ Cfr. anche l'art. 33 del Codice di Deontologia medica.