



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

# U.O. di Medicina Legale

Direttore: Mauro Martini

## GLI ASPETTI DEONTOLOGICI E GIURIDICI DELLE CURE PALLIATIVE



**Nel contesto del rapporto medico-paziente, il nostro ordinamento non riserva una disciplina specifica sulla rilevanza giuridica della volontà del malato che versi nella fase finale della vita.**



**Ma soprattutto, in relazione alla validità del consenso, non sussiste alcuna differenza fra un paziente terminale e un qualsiasi paziente con altre infermità.**

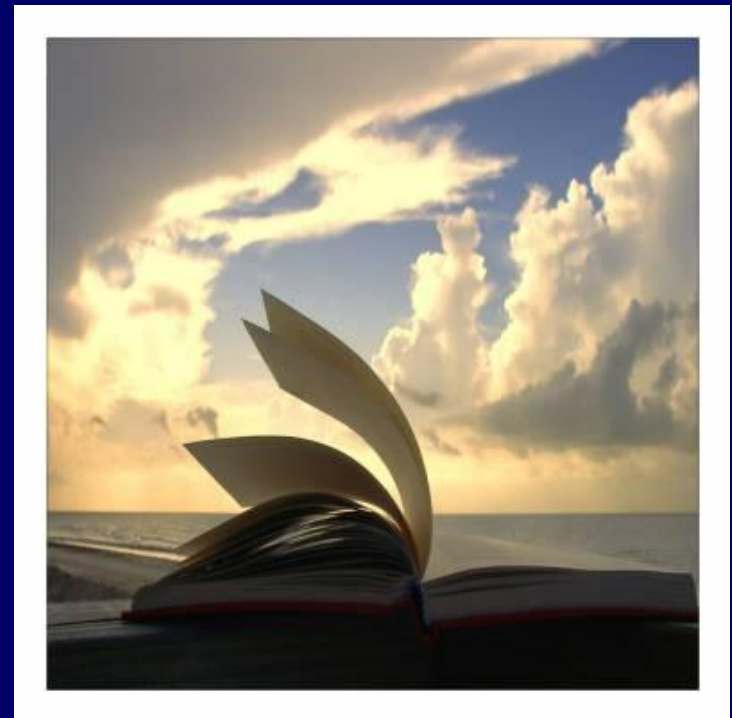
## Codice di Deontologia Medica (2006)

### **Art. 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.

### **Art. 17. Eutanasia**

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.



## **Art. 33. Informazione al cittadino**

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

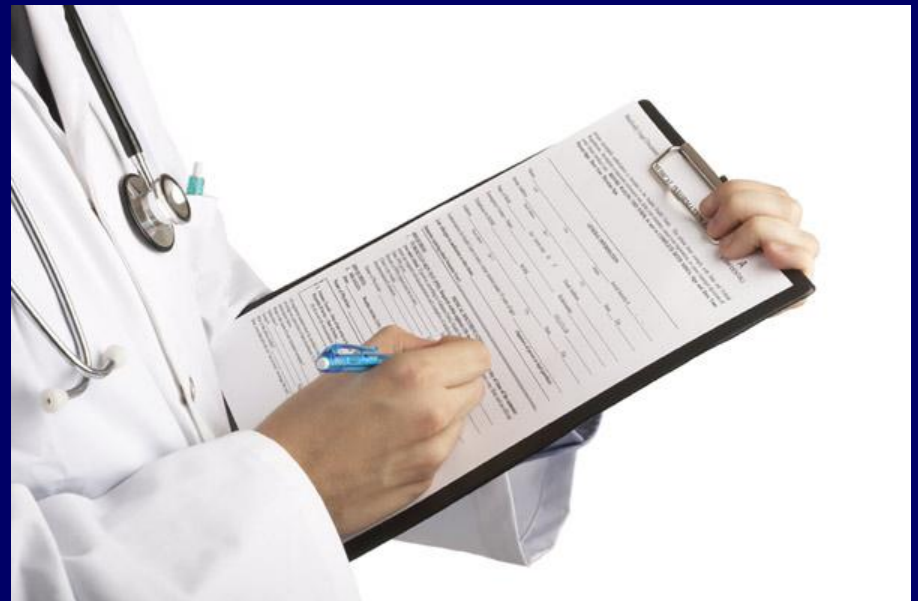
Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

## Art. 34. Informazione a terzi

L'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 10 e all'art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.



## Art. 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 ... è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

...

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

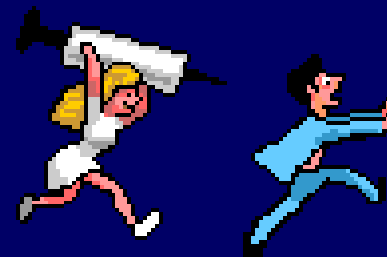
Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.



# Il consenso: l'età

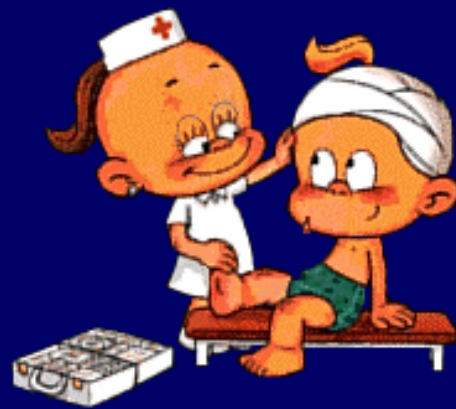
- **consenso valido a 18 anni**
- **consenso mai valido sotto i 14 anni**
- **consenso tra i 14 e i 18 anni:**

▶ *valutare la rilevanza dell'atto medico, in relazione al grado di maturità del soggetto*



# Il consenso: minori e incapaci

- **La salute è un diritto indisponibile !**
- **L'atto medico non può mai essere contrario all'interesse della salute del paziente, ciò indipendentemente dal consenso di chi esercita la patria potestà o del tutore.**
- **Sia l'incapacità naturale, sia l'interdizione, precludono una valida manifestazione del consenso.**





# Il consenso: lo "stato di necessità"

Art. 54 Codice Penale: in caso di

- *imminente pericolo di vita, oppure*
- *imminente danno grave alla salute*



- *si può agire anche in assenza di consenso, qualora il paziente non sia in grado di manifestarlo (turbe del sensorio, coma ecc.).*



## Art. 37. Consenso del legale rappresentante

...

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; **se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.**



## **Art. 38. Autonomia del cittadino e direttive anticipate**

Il medico deve attenersi, nell'ambito della 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**.

## Art. 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.





Una cosa, pertanto, è la **possibilità / capacità materiale di curare**; altro è il **potere di curare**: in assenza del consenso del paziente, il medico, pur se concretamente in possesso della capacità professionale di praticare atti terapeutici positivi, non dispone di un pieno potere di cura.



Occorre insomma **tenere distinti i due diversi livelli:**

da un lato, la **possibilità tecnica e professionale** di prestare cure, basata sulla migliore scienza ed esperienza disponibili, e perciò legata al continuo progredire delle conoscenze mediche e biotecnologiche;

dall'altro, l'“autorità” necessaria al fine di legittimare la concreta applicazione dei trattamenti disponibili, autorità questa che solo il paziente può attribuire al medico attraverso la manifestazione del **consenso informato** e destinata, perciò, a venire meno nel momento in cui il paziente neghi o ritiri tale consenso.





In questa prospettiva la rinuncia al trattamento da parte del paziente non corrisponde ad una richiesta di morte, bensì esprime la preferenza per un percorso terapeutico caratterizzato da una minore invasività dei presidi medici ed affiancato, all'occorrenza, da appropriate **cure palliative**.



Rifiutare un determinato trattamento non significa, infatti, rifiutare ogni tipo di trattamento; così come la cessazione di una cura è cosa ben diversa dalla cessazione del “prendersi cura” o caring.

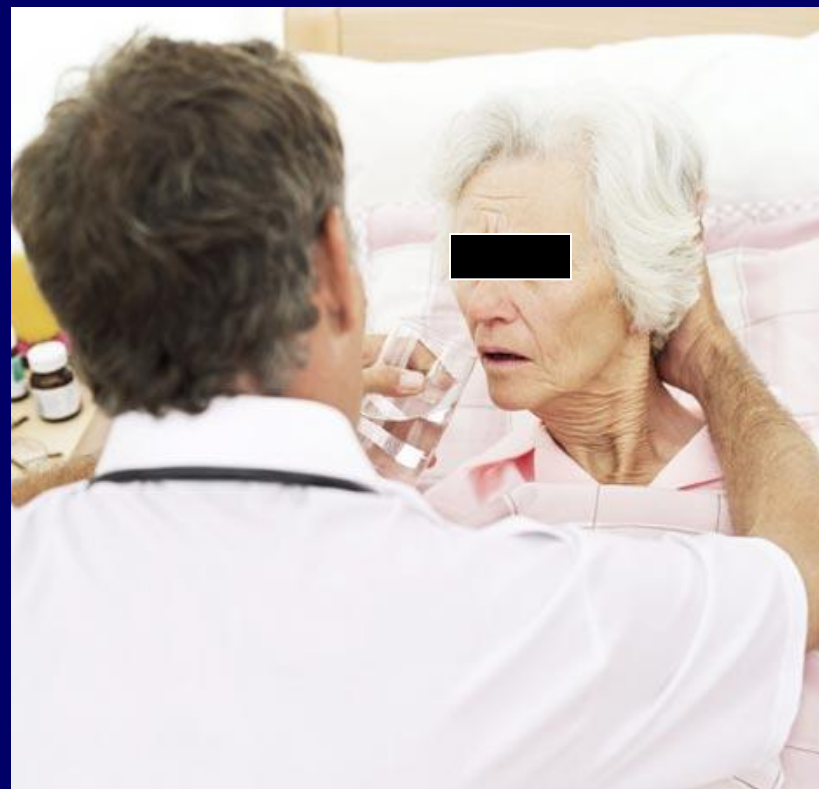
Del resto, al di là dei casi in cui si riscontri uno stato depressivo grave, difficilmente il paziente manifesta la volontà di rinunciare a tutte le cure: in genere, il rifiuto o la rinuncia hanno ad oggetto determinate cure, in quanto avvertite come insopportabili, degradanti, insostenibili.

Per questo il medico è chiamato ad illustrare al suo assistito la gamma completa delle cure disponibili, allo scopo di offrire un percorso terapeutico il più possibile confacente alle sue esigenze, nel rispetto del massimo standard di efficacia clinica.

In questo ambito si colloca la proposta di cure palliative, che possono consentire una riduzione dei sintomi e un complessivo miglioramento della qualità della vita.

Un ulteriore aspetto delicato della tematica in esame attiene poi ai profili di legittimità del contenuto della volontà che il paziente esprime al cospetto del medico.

A riguardo, non pare che l'ordinamento allo stato attuale consenta scelte che, comportando l'inerzia del medico, finiscano per determinare un abbreviamento della vita o comunque una significativa anticipazione del momento della morte (situazioni queste cui è riconducibile anche il rifiuto di cure "salvavita").



Il medico non può essere vincolato da scelte del malato non consentite dall'ordinamento e che peraltro contraddicono il suo dovere giuridico di intervenire, come quelle che abbiano ad oggetto l'astensione da cure idonee ad allontanare la prospettiva della morte.



# NORME

ART 17 C.D. “IL MEDICO, ANCHE SU RICHIESTA DEL MALATO, NON DEVE EFFETTUARE TRATTAMENTI FINALIZZATI A PROVOCARNE LA MORTE”

ART 579 C.P. OMICIDIO DEL CONSENZIANTE – il consenso dell’assistito o peggio ancora dei familiari non può mai legittimare alcuna decisione del medico di accorciare la durata dell’agonia o cessare le terapie – diritto alla vita = diritto indisponibile

ART 575 C.P. OMICIDIO VOLONTARIO

ART 580 C.P. ISTIGAZIONE O AIUTO AL SUICIDIO

## **Art. 579 c.p. Omicidio del consenziente**

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da 6 a 15 anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

1. contro una persona minore degli anni diciotto;
2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.



---

**Cfr. Cassazione Penale, sez. I, sentenza 28 marzo 2008, n. 13410**



## **Art. 580. Istigazione o aiuto al suicidio**

Chiunque determina altrui 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 5 a 12 anni.

Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da 1 a 5 anni sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente.

Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.



# LEGISLAZIONE INTERNAZIONALE

- Olanda
- Belgio
- Lussemburgo



**eutanasia attiva legalizzata**

- Svezia
- Colombia
- Cina



**eutanasia non perseguita penalmente**

- Germania
- Svizzera



**suicidio assistito legalizzato, se malato è capace di intendere e di volere e ne faccia esplicita richiesta**

- Danimarca
- Australia
- Canada
- USA  
(non tutti gli Stati)



**“direttive anticipate” legalizzate**

# ACCANIMENTO TERAPEUTICO



“**accanimento**” sforzo perseverante che trae origine dal proverbiale sforzo ostinato dei cani nella caccia, nei lavori etc

“**terapia**” è l’insieme delle azioni finalizzate alla cura ed alla prevenzione di malattie

# SOCIETA' ITALIANA DI CURE PALLIATIVE

LA DEFINIZIONE DI “TRATTAMENTO  
INAPPROPRIATO PER ECCESSO” E’  
PREFERIBILE A QUELLA DI “ACCANIMENTO  
TERAPEUTICO” POICHE’ ESSA E’ PRIVA  
DELLA CONNOTAZIONE MORALE NEGATIVA  
INTRINSECA NEL TERMINE E RICHAMA IN  
MODO PIU’ CONCRETO I CRITERI DI  
APPROPRIATEZZA CLINICA E DI  
APPROPRIATEZZA ETICA

## L'accanimento terapeutico

*si realizza quando si realizzano contestualmente tre condizioni (Comitato Nazionale di Bioetica, 1996):*

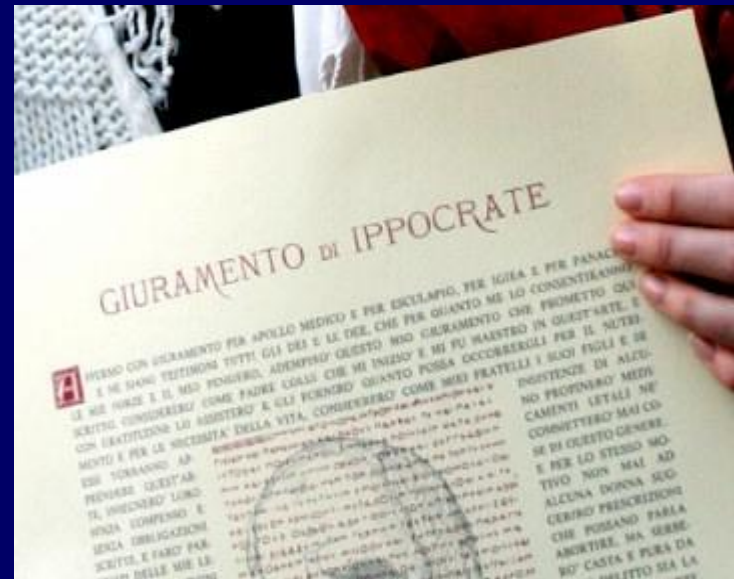
1. la **documentata inefficacia** e quindi l'inutilità (o, nei termini della letteratura bioetica anglosassone, la *futility*) del trattamento,
1. la **gravosità** del trattamento,
2. l'**eccezionalità** dei mezzi terapeutici.



# L'accanimento terapeutico

Codice di Deontologia Medica del 2006, art. 16:  
il medico agisce *< anche tenendo conto delle  
volontà del paziente >*.

E' introdotto un elemento nuovo: la volontà del paziente, senza peraltro chiarire che rapporto ci sia tra la valutazione oggettiva e la volontà del malato.





# CASI CONTROVERSI

## PIERGIORGIO WELBY

2006: chiede l'interruzione delle terapie invasive di sostegno vitale (“eutanasia passiva”; rifiuto di “accanimento terapeutico”; diritto all’”autodeterminazione”)

- CSS interpellato se nel trattamento a cui era sottoposto Welby fosse ravvisabile accanimento terapeutico, diede parere negativo
  - Ricorso respinto per il via del vuoto legislativo sull'accanimento terapeutico
  - 20 dicembre 2006 viene sedato e staccato il respiratore.
- l'Anestesista dichiara di avere aiutato Welby a morire →
- ### OMICIDIO DEL CONSENZIENTE
- 2007 : assoluzione perché il “fatto non sussiste” ai sensi dell’art. 51 C.P. sull’”adempimento di un dovere”
  - Sentenza che riconosce il **diritto a rifiutare una terapia**

# CASI CONTROVERSI

## ELUANA ENGLARO

- 1992: incidente stradale, stato vegetativo.
- 1999: richiesta del padre di sospensione dell'alimentazione artificiale e delle terapie; testimonianze sulle precedenti convinzioni della ragazza.
- 2006: ricorso respinto per vizio di procedimento
- Nuovo ricorso sulla base dell'art. 32 della Costituzione: “...Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”

# CASI CONTROVERSI

ELUANA ENGLARO

- **Sentenza 21748/2007** stabilisce due presupposti necessari per poter autorizzare l'interruzione dell'alimentazione artificiale:
  - 1) “la condizione di **stato vegetativo** sia, in base ad un **rigoroso apprezzamento clinico**, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre **la benchè minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno**”
  - 2) “ che tale istanza sia **realmente espressiva**, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, **della voce del paziente medesimo**, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona

# CASI CONTROVERSI

ELUANA ENGLARO

- Il 09.07.08 La Corte di Appello Civile di Milano **autorizza il padre, in qualità di tutore** ad interrompere il trattamento di idratazione ed alimentazione forzata.
- 16.12.08 il Ministro Sacconi emana un indirizzo che vieta alle strutture pubbliche e private convenzionate l'interruzione della idratazione ed alimentazione forzata.
- Denunce di varie associazioni.
- 26.01.09 il TAR accoglie il ricorso del padre contro la Regione Lombardia
- Il 6.02.09 Eluana viene accolta in una struttura sanitaria friulana ove avrà inizio il protocollo concordato per dare corso alla sentenza della corte di cassazione. Il decesso avverrà il 9.02.09.

# CASI CONTROVERSI

ELUANA ENGLARO

- Il 27.02.09 la Procura di Udine iscrive al registro degli indagati il padre, il primario e gli infermieri che hanno partecipato all'attuazione del protocollo → **OMICIDIO VOLONTARIO AGGRAVATO**
- Richiesta di archiviazione da parte della stessa procura, dopo i risultati dell'autopsia che avevano evidenziato **danni cerebrali anatomicamente irreversibili dopo l'incidente stradale.**
- **11.01.10 Decreto di Archiviazione che mette fine all'inchiesta per omicidio a carico del padre e degli altri 13 operatori sanitari coinvolti.**

# DIRETTIVE ANTICIPATE

## DOCUMENTO SULLE DIRETTIVE ANTICIPATE

(S.I.C.P. 9.11.06)

LE DA (DIRETTIVE ANTICIPATE) O DAT (DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO) SONO DOCUMENTI IN CUI SONO ESPRESSE LE VOLONTA' DEL MALATO CIRCA LE SUE PREFERENZE SULLE POSSIBILI ALTERNATIVE TERAPEUTICHE ED E' INDICATA LA PERSONA DI FIDUCIA (FIDUCIARIO) CHE LE RAPPRESENTERA' QUANDO IL MALATO SI TROVERA' IN STATO DI INCAPACITA' MENTALE

# OBIETTIVI PRINCIPALI DELLE DA/DAT

- 1) AVVICINARE QUANTO PIU' POSSIBILE LE FUTURE CURE SANITARIE ALLE VOLONTA' DEL MALATO
- 2) RIDURRE IL RISCHIO DI TRATTAMENTI IN DIFETTO OD IN ECCESSO (C.D. "ACCANIMENTO TERAPEUTICO")
- 3) RIDURRE IL PESO EMOTIVO DELLE DECISIONI CHE ALTRIMENTI GRAVEREBBERO SUI FAMILIARI
- 4) PREVENIRE CONFLITTI DECISIONALI FRA I FAMILIARI O FRA QUESTI E I CURANTI



# Il disegno di legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento

Il disegno di legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento (dat), già licenziato dall'Aula del Senato nel 2009 con il titolo "**Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento**" e approvato alla Camera dei Deputati in luglio 2011, mantiene il principio dell'obbligatorietà dei trattamenti di nutrizione e idratazione, considerati "sostegno vitale" e dunque non sospendibili (come già previsto nella versione originaria del ddl).

# art. 1 “TUTELA DELLA VITA E DELLA SALUTE”

- Si fa riferimento agli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, alla luce dei quali si riconosce la preminenza :
- del **DIRITTO ALLA VITA**
- della **DIGNITA' UMANA**
- del **DIRITTO ALLA SALUTE**

stabiliscono i principi generali della legge, ovvero che la vita umana è "inviolabile e indisponibile" e che "nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato".

- Si vieta "ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio".
- A tal riguardo, si fa riferimento agli articoli 575, 579 e 580 del Codice penale, che prevedono il carcere per il medico che attui eutanasia o suicidio assistito.

# art. 1 “TUTELA DELLA VITA E DELLA SALUTE”

- Obbligo dell'attività medica resta quello di tutelare la salute e la vita.
- **Alleanza terapeutica** con il paziente tramite il consenso informato
- Astensione da trattamenti “straordinari” che possono presentarsi come sproporzionati solamente nei casi in cui il paziente versi in condizione di morte imminente.

# art. 2 CONSENSO INFORMATO

momento prodromico imprescindibile prima dell'attivazione di qualsiasi trattamento sanitario in modo da consentire l'instaurarsi della c.d. **alleanza terapeutica tra medico e paziente.**

**documento sottoscritto da entrambi (sempre revocabile)** il quale, per volontà del medico o del paziente, potrà essere inserito nella cartella clinica.

soggetti **interdetti, inabilitati o minori**

# art. 3 CONTENUTI E LIMITI DELLE DAT

- Il soggetto può formalizzare, in caso di eventuale futura perdita permanente delle capacità di intendere e di volere, esclusivamente degli **“orientamenti e informazioni utili per il medico”** circa l’attivazione di trattamenti terapeutici in conformità alla legge in corso di approvazione, potendo di fatto rinunciare solamente a quelli che presentino carattere **“sproporzionato o sperimentale”**

# art. 3 CONTENUTI E LIMITI DELLE DAT

- E' l'articolo che affronta il nodo della **nutrizione e idratazione artificiale**. Si afferma che "alimentazione e idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, sono **forme di sostegno vitale** e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. **Esse non possono formare oggetto di Dichiarazione anticipata di trattamento**".
- La composizione del **collegio di medici** chiamato a valutare lo stato clinico del paziente ("incapacità permanente di comprendere le informazioni relative al trattamento al quale verrà sottoposto"):
  - un medico legale,
  - un anestesista-rianimatore
  - un neurologo,
  - (sentiti medico curante e medico specialista).

# art. 4 FORMA E DURATA DELLE DAT

- Le dat **non sono obbligatorie.**
- Redatte in **forma scritta, datata e firmata**
- Validità per **5 anni**
- **Inserite nella cartella clinica**



## art. 7 RUOLO DEL MEDICO

Prevede che le volontà espresse dal soggetto nelle  
dat "sono prese in considerazione dal medico  
curante". Il medico "non può prendere in  
considerazione indicazioni orientate a cagionare la  
morte del paziente" e "non è tenuto a porre in  
essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di  
carattere scientifico e deontologico".



## CONCLUSIONI

1. Il medico, come si è ampiamente sottolineato, è destinatario di un fondamentale **dovere di garanzia** nei confronti del paziente, e deve sempre agire previo **consenso** di quest'ultimo rispetto al trattamento attivato.

Fra i doveri etici, giuridici e professionali del medico rientra anche la necessità che la formale acquisizione del consenso non si risolva in uno sbrigativo adempimento burocratico, ma sia preceduta da **un'adeguata fase di comunicazione e interazione** fra il soggetto in grado di fornire le informazioni necessarie (il medico) ed il soggetto chiamato a compiere la scelta (il paziente).



2 . Il **rifiuto consapevole del paziente** al trattamento medico non iniziato, così come la rinuncia ad un trattamento già avviato, non possono mai essere acriticamente acquisiti, o passivamente “registrati”, da parte del medico.

Considerata la gravità – e spesso l’irreversibilità – delle conseguenze di un rifiuto o di una rinuncia alle cure, è necessaria un’**attenta analisi circa l’effettiva competenza del paziente** e circa la presenza, caso per caso ed in concreto, di tutti quei requisiti e quegli indicatori che consentano di considerare la sua manifestazione di volontà come certa, consapevole e attendibile.



3. Non di rado, risulta particolarmente difficile accertare in concreto l'effettiva sussistenza di un accanimento clinico-diagnostico: in tali casi, anche un'eventuale e competente richiesta di sospensione dei trattamenti da parte del paziente – supportato da un'opportuna consulenza - potrà utilmente contribuire al formarsi nel medico di una adeguata valutazione del caso.



5. Quando, nel caso di paziente competente in condizione di dipendenza, la rinuncia alle cure richieda, per essere soddisfatta, un comportamento attivo da parte del medico, va riconosciuto a quest'ultimo il **diritto di astensione da comportamenti ritenuti contrari alle proprie concezioni etiche e professionali.**

A larga maggioranza il CNB ha ritenuto che **il paziente abbia in ogni caso il diritto ad ottenere altrimenti la realizzazione della propria richiesta di interruzione della cura, anche in considerazione dell'eventuale e possibile astensione del medico o dell'équipe medica.**



7. È ribadita la grande importanza della diffusione dei **trattamenti palliativi**: attraverso tali presìdi la medicina tenta di offrire al paziente il supporto necessario ad affrontare la fase terminale dell'esistenza nel rispetto dei valori della persona e della solidarietà umana.

# Cure sempre obbligatorie

- Alimentazione
- Idratazione
- Cure igieniche
- Terapia antalgica
- Terapia sedativa

*e soprattutto*

- solidarietà, attenzione e rispetto