

Alcuni aspetti della dialettica tra deontologia e ideologia nel Codice deontologico dei medici italiani

II parte (fine vita)

Francisco José Ballesta, L.C.

articolo

Introduzione

Nella prima parte¹, dopo l'introduzione generale a questo tema, abbiamo fatto riferimento agli aspetti in rapporto all'indipendenza nell'esercizio professionale e all'obiezione di coscienza. Ci sono altri aspetti attraverso i quali è possibile seguire i passi a questa dialettica tra deontologia e ideologia. Tra questi troviamo gli argomenti che fanno riferimento al fine vita: eutanasia attiva, trattamenti che diminuiscono la resistenza, abbandono del paziente inguaribile, accanimento diagnostico terapeutico, consenso e direttive anticipate, sostegno vitale nei malati terminali, trapianti e sospensione dei trattamenti. Dedicheremo questa seconda parte all'analisi dei cambiamenti nel Codice attorno a queste tematiche.

Eutanasia attiva

L'argomento è presente nel Codice da sempre². Prima del 1978 c'è soltanto un riferimento generale alla «conservazione della vita», come «scopo essenziale» del medico, e al «non nuocere»³. L'edizione 1978 introduce esplicitamente il divieto: «In nessun caso il medico, anche se richiesto dal paziente o dai suoi familiari, deve attuare mezzi atti ad abbreviare la vita di un malato»⁴. Più chiaramente, l'edizione 1989 stabilisce: «Ogni atto mirante a provocare deliberatamente la morte di un paziente è contrario all'etica medica»⁵.

L'edizione 1995 torna ai toni del 1978: «Il medico, anche se richiesto dal paziente, non deve effettuare trattamenti diretti a menomare la integrità psichica e fisica e ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte». Il testo è lo stesso nell'edizione 1998⁶. Nelle due ultime edizioni troviamo questo testo: «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte»⁷. Il principio è chiaro e costituisce qualcosa di fondamentale nell'ethos medico, ma le difficoltà compaiono nell'interpretazione, quando ci troviamo davanti a diverse situazioni concrete, come vedremo più avanti.

Trattamenti che diminuiscono la resistenza psico-fisica

In riferimento ai trattamenti che diminuiscono la resistenza psico-fisica, l'edizione 1958 mostra certe reticenze: «neppure l'azione diretta al sollievo della sofferenza può contrastare a tale principio» (la conservazione della vita)⁸ perché la diminuzione della resistenza psico-fisica provocata da alcune possibili terapie contro il dolore, veniva interpretata in connessione diretta con l'eutanasia. Chiariti i dubbi, in grande misura grazie agli interventi di Pio XII, le successive edizioni del Codice contengono un articolo che fa riferimento direttamente all'argomento e che ha mantenuto essenzialmente il suo contenuto lungo il tempo⁹ fino all'ultima edi-



Medico, dottore di ricerca e docente di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma.

zione che presenta il principio nella forma più semplice: «I trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica sono attuati al fine di procurare un concreto beneficio clinico alla persona»¹⁰.

Divieto d'abbandono del paziente inguaribile

Dalla prima edizione compare questo divieto: «Il medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve assisterlo sino alla fine anche spiritualmente: non sempre si può guarire ma sempre si deve aiutare e confortare»¹¹. Nelle successive edizioni¹² scompaiono gli aspetti che fanno riferimento all'assistenza spirituale. Fino all'edizione 1989 si conserva il riferimento all'«aiuto e conforto»¹³. Fino al 2006 si conserva il riferimento al dovere di «continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica»¹⁴. Finalmente, nell'edizione 2014 si fa riferimento «alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze» e vengono aggiunte queste parole: «tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita»¹⁵. Attorno al nucleo centrale, che consiste nel non abbandonare, lungo la storia del Codice si osservano leggeri cambiamenti nel modo d'impostare l'assistenza che possono offrire motivo di commenti.

Accanimento diagnostico terapeutico

Il riferimento a questo termine compare per prima volta nell'edizione 1989: «Il medico deve astenersi dal cosiddetto accanimento diagnostico-terapeutico consistente nell'irragionevole ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita»¹⁶. L'edizione 1995 continua nella stessa linea: «Il medico deve astenersi dal cosiddetto accanimento diagnostico-terapeutico, consistente nell'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita»¹⁷. Dal 1998 scompare l'espressione *accanimento terapeutico*, sostituita per la semplice descrizione del suo contenuto, così troviamo: «Il

medico deve 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»¹⁸. «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»¹⁹. Nell'edizione 2014 troviamo delle aggiunte nelle quali si qualificano questi interventi come «clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati»²⁰ si afferma che «Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato»²¹ e si fa la distinzione netta tra l'astinenza degli interventi inappropriati e l'eutanasia: «Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte»²². Questi chiarimenti, penso, sono veramente importanti perché, essendo pienamente coerenti con i principi deontologici della professione, vengono a chiudere le troppe discussioni sollevate attorno al tema della cosiddetta *eutanasia passiva*.

Sostegno vitale nei malati terminali

Una circostanza leggermente diversa da quella del paziente inguaribile è quella del malato terminale. Mentre, come abbiamo visto, il divieto di abbandono del paziente inguaribile è presente dalla prima edizione del Codice, il riferimento esplicito alla circostanza del malato terminale compare per prima volta nell'edizione 1978 dove troviamo queste parole: «Tuttavia, nel caso di malattie a prognosi sicuramente infausta a breve scadenza e ad onta delle cure, il medico può limitare la propria opera all'assistenza morale ed alla prescrizione ed esecuzione della terapia atta a risparmiare al malato inutili sofferenze»²³. Qui possiamo vedere un velato riferimento alla possibilità di astenersi dell'accanimento terapeutico che, come abbiamo visto, non venne considerato in modo diretto in questa edizione. Nell'edizione 1989 troviamo queste

parole leggermente diverse: «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale il medico, nel rispetto della volontà del paziente potrà limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli i trattamenti appropriati e conservando per quanto è possibile la qualità di una vita che si spegne»²⁴. Qui vengono introdotti elementi che fanno riferimento alla volontà del paziente e alla qualità della vita. In queste due edizioni troviamo due alternative ugualmente valide: *il medico può, oppure non, limitarsi...* nell'edizione 1978 questo dipende da lui, nell'edizione 1989 la strada da prendere si fa dipendere, in modo esplicito, dalla volontà del paziente. Questa ultima scelta venne affermata in modo più netto nell'edizione 1995: «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, il medico può limitare la sua opera, se tale è la specifica volontà del paziente, all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli i trattamenti appropriati e conservando, per quanto possibile, la qualità della vita»²⁵. Nell'edizione 1998 il «può limitare» è sostituito da un «deve limitare» e scompare il riferimento alla volontà del paziente; leggiamo, così: «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita»²⁶. Nell'edizione 2006 ancora troviamo il «deve»: «[...] 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»²⁷. Questa insistenza, penso, venne fatta in connessione con la rinuncia all'accanimento terapeutico che proprio in questa edizione del Codice venne

*Il punto più conflittuale
che riguarda questo tema
è il sostegno vitale
negli stati nei quali c'è
compromissione
dello stato di coscienza*

grandemente sottolineato. Nell'edizione 2014 il testo non insiste così fortemente: «... il medico impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità di vita»²⁸, e recupera di nuovo il termine *volontà*. Il punto più conflittuale che riguarda questo tema è il sostegno vitale negli stati nei quali c'è compromissione dello stato di coscienza. Fino a quando i medici devono proseguire nelle terapie di sostegno vitale? Prima del 1978 non si parla sul punto. Nell'edizione 1978 si parla di avere conto delle conoscenze mediche del momento²⁹. Nelle edizioni 1989 e 1995 venne detto: «il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la morte nei modi e nei tempi stabiliti dalla legge»³⁰. Nel 1998 troviamo queste parole: «In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile. Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo»³¹. Questo testo del 1998 soffrì una modificazione raccolta nell'edizione 1999. La modifica fu quella di spostare il paragrafo 3 («Il sostegno vitale dovrà...») dall'art. 37 all'art. 38, che tratta del prelievo di parti di cadavere al fine di trapianto. Dopo questa modifica, il testo nel 1999 restò così: «In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile»³². Nell'edizione 2006 troviamo questo testo: «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»³³. Nell'edizione 2014 il testo è questo: «Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali

finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento»³⁴. Il riferimento all'accanimento terapeutico è stato sostituito dal riferimento alla proporzionalità ed è stato introdotto il riferimento alle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Appare interessante soffermarsi sul cambiamento introdotto nell'edizione 1999, lo spostamento del paragrafo 3 dall'art. 37 al successivo art. 38 che tratta dei trapianti. Cosa accadde per provocare questo cambiamento? Tra le critiche sollevate all'edizione 1998, troviamo questa proveniente da un gruppo di anestesisti-rianimatori di impostazione liberale-laico: «Il 3 ottobre 1998 è stato approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici il nuovo Codice di Deontologia Medica. [...] Purtroppo l'art. 37 termina con una frase “Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo” che, priva della precisazione “In caso di morte cerebrale” (contenuta invece nell'art. 36 – Accertamento della morte – del precedente codice 1995), la rende priva di senso o, peggio, suscettibile di ambigue interpretazioni, che potrebbero far risorgere posizioni di malaugurato oltranzismo terapeutico. Ulteriori considerazioni su tale parte terminale dell'art. 37 saranno svolte in un documento separato, in cui si indicheranno precise proposte per la correzione di tale articolo che risulta incoerente sia con l'impianto generale del precedente codice, sia con quello, ancor più moderno e liberale, di questo nuovo codice»³⁵. Il centro della critica sarebbe il fatto che queste misure di sostegno vitale sarebbe necessario mantenerle soltanto nel caso dei malati che hanno lesioni encefaliche, ma non nei malati che si trovano prossimi alla morte per qualsiasi altra causa³⁶. La correzione fu fatta ma, in tutto, venne perso il riferimento all'adempimento della legge sui criteri di morte encefalica per quei pazienti che si trovano nelle condizioni di lesione encefalica, nonostante fosse stato suggerito al momento opportuno³⁷. Il testo in questione semplicemente fu spostato, nell'edizione 1999, all'ar-

ticolo seguente (art. 38) che fa riferimento ai trapianti³⁸. All'interno di questo articolo il testo risulta ridondante perché già il primo paragrafo fa riferimento alle «leggi in vigore» che normano questo punto³⁹. Ma questo non era importante per il gruppo di anestesisti-rianimatori liberali che, semplicemente, celebrarono la soppressione del testo nell'art. 37⁴⁰, senza rendersi conto della ridondanza e dimenticando quanto affermato precedentemente sui malati con lesioni encefaliche. Le edizioni successive hanno eliminato la ridondanza risultante. Nell'edizione 2006, sempre nel contesto dei trapianti, troviamo un riferimento alla «normativa relativa all'accertamento della morte»⁴¹ e, nell'edizione 2014, «Il prelievo [...] è praticato nel rispetto dell'ordinamento...»⁴². Purtroppo continua a mancare il riferimento esplicito al sostegno vitale nei malati con lesioni encefaliche. Così continua a rimanere aperta la porta per la soppressione di questo sostegno anche in questa tipologia di malati, tra i quali coloro che si trovano in stato vegetativo. L'evoluzione del Codice è nel senso di far dipendere la soppressione dal sostegno vitale, in tutti i casi, senza limiti, dal giudizio del medico e dalle dichiarazioni anticipate di trattamento. Così, l'accertamento di morte encefalica, essendo condizione per poter procedere al prelievo degli organi per i trapianti, non sarebbe necessario per ritirare le misure di sostegno vitale nei malati con lesioni encefaliche. Continua, così, a rimanere aperta la porta all'eutanasia attraverso l'argomento – “politically correct” – della rinuncia all'*accanimento terapeutico*, e anche attraverso dell'assecondare le direttive anticipate in modo acritico, senza tener conto, caso per caso, delle circostanze che potrebbero suggerire di non seguirle. Tutto questo è stato favorito dalla necessità di operare dei tagli ai costi della pubblica amministrazione.

NOTE

¹ Cfr. *Studia Bioethica*, Vol. 7, n. 3 (2014), 52-57.

² Cfr. Codice, edizioni 1958 (Art. 46), 1978 (Art. 40,1), 1989 (Art. 43,2), 1995 (Art. 35), 1998 (Art. 36), 2006 e 2014 (Art. 17).

³ Cfr. Codice, edizione 1958 (Art. 46).

⁴ Cfr. Codice, edizione 1978 (Art. 40,1).
⁵ Cfr. Codice, edizione 1989 (Art. 43,2).
⁶ Cfr. Codice, edizioni 1995 (Art. 35) e 1998 (Art. 36).
⁷ Cfr. Codice, edizioni 2006 e 2014 (Art. 17).
⁸ Cfr. Codice, edizione 1958 (Art. 46,1).
⁹ Cfr. Codice, edizioni 1978 (Art. 19), 1989 (Art. 21), 1995 (Art. 14), 1998 (Art. 15), 2006 e 2014 (Art. 18).
¹⁰ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 18).
¹¹ Cfr. Codice, edizione 1958 (Art. 50).
¹² Cfr. Codice, edizioni 1978 (Art. 29), 1989 (Art. 32), 1995 e 1998 (Art. 20,3), 2006 (Art. 23,4) e 2014 (Art. 31,1).
¹³ Cfr. Codice, edizioni 1978 (Art. 29) e 1989 (Art. 32).
¹⁴ Cfr. Codice, edizioni 1995 e 1998 (Art. 20,3) e 2006 (Art. 23,4).
¹⁵ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 31,1).
¹⁶ Cfr. Codice, edizione 1989 (Art. 20).
¹⁷ Cfr. Codice, edizione 1995 (Art. 13).
¹⁸ Cfr. Codice, edizione 1998 (Art. 14).
¹⁹ Cfr. Codice, edizione 2006 (Art. 16).
²⁰ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 16,1).
²¹ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 16,2).
²² Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 16,3).
²³ Cfr. Codice, edizione 1975 (Art. 40,2).
²⁴ Cfr. Codice, edizione 1989 (Art. 44,1).
²⁵ Cfr. Codice, edizione 1995 (Art. 36,1).
²⁶ Cfr. Codice, edizione 1998 (Art. 37,1).
²⁷ Cfr. Codice, edizione 2006 (Art. 39,1).
²⁸ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 39,1).
²⁹ Cfr. Codice, edizione 1978 (Art. 40,3).
³⁰ Cfr. Codice, edizioni 1989 (Art. 44,2) e 1995 (Art. 36,2).
³¹ Cfr. Codice, edizione 1998 (Art. 37,2 e 3).
³² Cfr. Codice, edizione 1999 (Art. 37,2).
³³ Cfr. Codice, edizione 2006 (Art. 39,2).
³⁴ Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 39,2).
³⁵ Cfr. AA.VV., «Lettera aperta per la revisione dell'art. 37, "Assistenza al malato Inguaribile del nuovo CDM"» in *Monitor*, 2/7 (1998), 76-78.

³⁶ «Alla condivisibilità di quanto affermato nella prima parte dell'art. 37, si associava quindi la constatazione dell'inapplicabilità di quanto affermato nell'ultima frase di tale articolo, che così formulata risultava ambigua e sembrava riferirsi alla popolazione generale dei pazienti terminali, mentre invece essa è valida solo per i pazienti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie» (L. ORSI - D. MAZZON, «Il Codice di Deontologia Medica e le questioni etiche di fine vita. Un contributo alla chiarezza da parte degli Anestesisti-Rianimatori», in *Minerva Anestesiologica*, 66/1-2 (2000), 75).

³⁷ «[...] ne veniva chiesta la revisione (dell'art. 37), ne veniva proposta una riformulazione e si chiedeva l'introduzione di un nuovo articolo specificamente dedicato ai soggetti con lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie, il cui testo avrebbe potuto ispirarsi all'ultimo capoverso dell'art. 36 del precedente CDM (Codice) del 1995» (*Ibidem*, 75-76).

³⁸ «Il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalle leggi in vigore. Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo» (Codice, edizione 1999, Art. 38,2).

³⁹ «Il rilievo diagnostico della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo è la modalità con cui si accerta la morte ai sensi della legge 578 del 1993 e del suo Regolamento di applicazione» (L. ORSI e D. MAZZON., *op. cit.*, 75).

⁴⁰ «La valutazione finale dell'opera della Commissione non può essere che positiva poiché ha correttamente spostato l'ultimo comma dell'art. 37 alla sua sede logica (art. 38) e, soprattutto, ha coerentemente e lucidamente esposto le ragioni etiche che ispirano una moderna impostazione deontologica dell'assistenza da praticare sui pazienti terminali» (*Ibidem*, 77).

⁴¹ Cfr. Codice, edizione 2006 (Art. 41,2).

⁴² Cfr. Codice, edizione 2014 (Art. 42,1).