



Disponibile online all'indirizzo www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



MANAGEMENT SANITARIO

Bioetica di fine vita in Medicina Interna: decisioni clinico-assistenziali

*The bioethics of end-of-life care in Internal Medicine:
decision making and setting of care*

Giancarlo Traisci*

UOC Medicina Interna, Presidio Ospedaliero Spirito Santo, AUSL Pescara

Ricevuto il 15 giugno 2011; accettato il 12 settembre 2011
disponibile online il 3 dicembre 2011

KEYWORDS

Bioethics;
Illness;
Terminal stage;
Palliative care.

Summary

Introduction: In the field of Internal Medicine, the management of the terminal phase of an illness raises important issues involving clinical care, with particular reference to the physician-patient relationship. The present report describes the professional code of conduct relative to the assessments and decision making involved in end-of-life care.

Materials and methods: The article summarizes and discusses Italian common deontological law and the current positions of national and international experts in the field of end-of-life care.

Results: The ethical issues regarding euthanasia, withdrawal/withholding of health care, and medical treatment that uselessly prolongs the life of a terminal patient are defined and analyzed in conjunction with the outcomes suggested by the palliative medicine.

Discussion: Physicians caring for patients at the end of their lives must give consideration to bioethical approach.

© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

Aspetti clinico-relazionali nella gestione del paziente terminale in Medicina Interna

L'approccio alla fase terminale di malattia nei pazienti di interesse internistico rappresenta un problema clinico-assistenziale di rilevante importanza, comportando in particolare un impegno considerevole sul piano dei delicati aspetti di relazionalità interpersonale [1].

La gestione clinica dei pazienti in fase terminale, se comprende evidentemente i classici aspetti inerenti la diagnosi e il trattamento, non può di certo trascurare il momento della prognosi, sicuramente importante sia sul piano metodologico sia nella relazione con il malato e i suoi familiari [2,3]. In generale, nell'applicare al singolo paziente le conoscenze pertinenti alla malattia diagnosticata, la prognosi costituisce il giudizio circa l'ulteriore decorso e il

* Corrispondenza: UOC Medicina Interna, Presidio Ospedaliero "Spirito Santo", via Fonte Romana 8 - 65124 Pescara.
E-mail: giantrais@fastwebnet.it (G. Traisci).

possibile esito della malattia, basato sulla precisa cognizione degli elementi clinico-oggettivi attinenti la specificità del caso; trattandosi della previsione dello svolgimento futuro della malattia sulla base di elementi che devono ancora avverarsi, è scontato come la prognosi sia caratterizzata da una minore certezza rispetto alla diagnosi. La formulazione in clinica del giudizio prognostico deriva in ogni caso dalla combinazione di due elementi fondamentali: la malattia dalla quale è affetto il paziente e la possibilità che le terapie disponibili abbiano effetti positivi sulla stessa. In questo ambito, l'approccio olistico della Medicina Interna si riconferma come la modalità metodologica più appropriata per una corretta formulazione della prognosi, dal momento che essa richiede un bilancio locale e generale della malattia, la valutazione di numerosi aspetti (dai fattori eziopatogenetici ai trattamenti adottati, alle comorbilità) in grado di influenzare globalmente l'evoluzione morbosa. L'importanza generale della formulazione prognostica assume particolare rilevanza nelle fasi avanzate di malattie croniche di interesse internistico, sia ai fini del riconoscimento dello stato terminale sia per orientare le scelte clinico-assistenziali all'interno dell'alleanza medico-paziente.

Le importanti innovazioni scientifico-tecnologiche applicate alla medicina e i considerevoli cambiamenti socioculturali dell'epoca contemporanea stanno determinando una notevole evoluzione degli orientamenti decisionali nella condizione di fine vita, imponendo al medico un rinnovato confronto con la propria coscienza e responsabilità [4].

Assumendo come riferimento l'interessante paradigma della "narrative-based medicine", la relazione medico-paziente si concretizza nell'incontro di due narrazioni [5]. Al medico compete raccontare la medicina, la sua complessità tecnologica, le sue straordinarie potenzialità di curare e sconfiggere anche le malattie più gravi, senza però sottacere i suoi limiti, i suoi insuccessi, le sue fallibilità, i conflitti etici che accende [4,6]. Il paziente si rivolge al medico chiedendo che la sua storia venga ascoltata, che la sua persona e le sue scelte vengano rispettate; in particolare, il paziente esprime il bisogno di ricevere cure personalizzate, vedendosi tutelato nei propri valori e rispettato nelle sue volontà [7].

Problemi etici nella gestione del paziente terminale in Medicina Interna

In tale cornice si iscrive la domanda su quale cura debba realizzarsi nella fase terminale della vita, confrontandosi con i problemi etici rappresentati dall'eutanasia, dall'abbandono assistenziale e dall'accanimento clinico [8,9].

L'eutanasia, letteralmente "buona morte", rappresenta la scelta deliberata di causare o anticipare la morte, per porre fine alla sofferenza. Consiste in ogni caso nella presenza simultanea del proposito deliberato di causare la morte e delle azioni o delle omissioni che *hic et nunc* vengono scelte per attuarlo. L'eutanasia cagiona, affinché sia evitata la sofferenza, la morte indolore di un essere umano, sia a richiesta di questi sia perché la sua vita venga giudicata, per la sua qualità, indegna di essere vissuta. L'eliminazione volontaria della sofferenza e del sofferente, per pietà, rappresenta un radicale capovolgimento del compito del medico, rendendolo di fatto collaboratore della morte e non già difensore della vita; per questo l'eutanasia è

vietata dal Codice di Deontologia Medica (CDM) che all'art. 17 dichiara: "Il medico anche su richiesta del malato non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte" [10]; il divieto di eutanasia è inoltre assimilabile alle norme del Codice Penale che puniscono l'omicidio volontario (art. 575), l'omicidio del consenziente (art. 579), l'istigazione o l'aiuto al suicidio (art. 580). Le citate norme deontologiche e penali rendono attuale, peraltro, un contenuto fondamentale del Giuramento di Ippocrate secondo il quale "giammai mosso dalle premurose insistenze di alcuno, propinerò medicamenti letali né commetterò mai cose di questo genere".

I problemi etici rappresentati dall'abbandono assistenziale e dall'accanimento terapeutico concernono decisioni cliniche temporalmente determinate, connesse al riconoscimento nel singolo paziente della fase terminale di malattia.

Come autorevolmente viene enunciato in ambito internistico da Weissman [1], riconoscere quando è il momento di passare da interventi per salvare la vita a interventi palliativi, avendo di mira la qualità di vita e l'attenuazione della sofferenza, è emozionalmente e clinicamente difficile per i pazienti, la loro famiglia e i loro curanti.

Cogliere l'esordio della fase terminale di malattia in un paziente internistico significa individuare il momento nel quale ogni atto clinico-terapeutico specifico risulta afinalistico, destinato unicamente a protrarre un'inutile sofferenza; per tale paziente, contraddistinto per la prognosi infausta da un breve periodo di sopravvivenza, il comportamento clinico appropriato è quello orientato alla palliazione [11–13].

Il comportamento clinico orientato alla palliazione impegna la professionalità non più in strategie di terapia per scopi di guarigione, bensì in strategie terapeutiche che offrano sollievo, facendo transitare il medico, attraverso le sue doti professionali e umane di "curante", dall'esercizio dell'arte del sanare a quella del curare.

Non vi è dubbio come solo *professio*, *humanitas* e *compassio* possano soccorrere per affrontare adeguatamente i problemi del malato terminale, problemi che investono contestualmente la sfera psicologica (alterazione della propria immagine, senso di impotenza, rifiuto delle cure, paura della morte), sociale (perdita del ruolo familiare e sociale, preoccupazioni economiche, senso di abbandono e isolamento), spirituale (interrogativi esistenziali e religiosi), oltre che fisica (dolore, alterazioni della coscienza, astenia, dispnea, vomito, aumento delle secrezioni).

A partire dalla *Karnofsky Performance Scale* introdotta nel 1949, numerosi sistemi sono stati proposti per obiettivare la condizione terminale e il suo grado di problematicità in funzione prognostica (*Palliative Performance Status*, *Palliative Prognostic Index*, *Palliative Prognostic Score*); concepiti originariamente per i pazienti oncologici, sono ritenuti applicabili anche per patologie croniche in fasi avanzate quali lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'insufficienza renale e l'encefalopatia post-anossica, tutte di precipuo interesse internistico.

Il CDM [10], all'art. 39, prescrive il comportamento da assumere nelle circostanze cliniche che sottendono le condizioni patologiche giunte nella fase di fine vita: "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 e della dignità della persona”.

La prescrizione del dovere etico della palliazione viene declinato in termini di “evidence-based medicine” attraverso raccomandazioni tratte da specifiche linee guida per la pratica clinica, rivolte alla gestione di pazienti con malattie oncologiche, come quelle emanate dal *National Institute for Clinical Excellence* [14], o alla gestione più generale di malati terminali, come quelle emanata dall’*American College of Physicians* [15]. Tutte le indicazioni contenute in tali documenti corrispondono a comportamenti clinici eticamente leciti, anche allorché possa scorgersi il problema del duplice effetto dei trattamenti (da una parte efficaci nell’alleviare le sofferenze, dall’altro potenzialmente in grado di accelerare la fine della vita); ciò è ben precisato dall’art. 18 del CDM [10]: “I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità di cura, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”. È lecito l’intervento per lenire le sofferenze (fino alla sedazione profonda e continua) anche se la fine della vita viene accelerata, purché il primo effetto sia inteso e il secondo (la morte del paziente) non sia voluto o ricercato, seppure si abbia la consapevolezza di correrne il rischio per una ragionevole causa [16].

Nell’assistenza ai malati in fase terminale, il comportamento clinico può ancora degenerare incorrendo nei due scenari etici rappresentati dall’abbandono assistenziale e dall’accanimento diagnostico-terapeutico; essi configurano atti moralmente illeciti che possono essere ben identificati attraverso la valutazione etica del comportamento medico nella specifica situazione clinica [17].

Criteri di valutazione etica delle decisioni cliniche nel paziente terminale in Medicina Interna

A partire da un’approfondita conoscenza della specifica situazione clinica, dopo aver definito con precisione gli obiettivi di cura, la valutazione etica del comportamento medico si può prospettare prendendo in considerazione congiuntamente elementi soggettivi sollevati dal paziente ed elementi oggettivi di carattere puramente clinico [18].

Gli *elementi clinico-oggettivi*, del tutto indipendenti dalla soggettività del paziente, permettono di identificare gli interventi proporzionati o meno; è evidente come tale giudizio di proporzionalità, essendo di natura tecnico-professionale, non possa che competere al medico che ha in cura il paziente.

In linea generale, mezzi diagnostico-terapeutici considerabili proporzionati sono quelli con dimostrata efficacia, possibilmente sulla base di “evidenze”, gravati da accettabili effetti indesiderati, appropriati alle specifiche condizioni cliniche del paziente ed economicamente sostenibili, prendendo in considerazione anche le esigenze della società con le sue risorse limitate.

Gli *elementi soggettivi* relativi al paziente, da far confluire ai fini della valutazione etica del comportamento medico, consentono di qualificare l’intervento come ordinario o straordinario; proprio in quanto soggettivo, il giudizio è

connotato da relatività e ciò che risulta ordinario (o straordinario) per una data persona, in una data situazione clinica, potrebbe non esserlo per la stessa persona in una situazione clinica differente, oppure per altre persone nella stessa situazione.

Dal punto di vista etico, l’obbligatorietà all’impiego dei mezzi di diagnosi e cura nel paziente in fase terminale può essere valutata applicando ai mezzi stessi le diadi qualificative *proporzionato/sproporzionato* e *ordinario/straordinario*.

Nel descrivere i processi diagnostico-terapeutici nel paziente in fase terminale, è possibile che i mezzi impiegati nella data situazione clinica risultino proporzionati e ordinari/straordinari o sproporzionati e ordinari/straordinari.

Eticamente obbligatorie sono quelle decisioni operative che, nella data situazione clinica, prevedono l’applicazione di mezzi proporzionati, ritenuti ordinari dal paziente; disattendere tale dovere etico individua il comportamento dell’*abbandono assistenziale*, così stigmatizzato dall’art. 23 del CDM [10]: “Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche solo al fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica”.

La degenerazione del comportamento clinico rappresentata dall’abbandono assistenziale può essere contrastata attraverso l’etica dell’accompagnamento [19], che consiste nel rispetto dei seguenti principi: accettare i limiti della medicina; spostare lo sforzo terapeutico dal “guarire” al “prendersi cura”; restare vicino al malato, riconoscendogli la possibilità di esprimere tutti i suoi sentimenti, in particolare quelli negativi; non anticipare la morte, ma vivere giorno dopo giorno con colui che muore.

L’impiego di mezzi proporzionati, ritenuti ordinari dal paziente, può costituire la più valida e concreta risposta alle tentazioni di eutanasia; nella data situazione clinica configura l’ambito decisionale eticamente obbligatorio. Il medico non può sottrarsi all’impegno in un progetto di cura, anche di cura della morte, perché troppo spesso la domanda di terminare la vita è in realtà una disperata richiesta di aiuto a vivere con più dignità, con meno sofferenza la propria morte.

L’obbligatorietà etica non sussiste se l’impiego di mezzi ritenuti proporzionati intercetta la valutazione di straordinarietà da parte del paziente; in questi casi, la decisione di rinuncia o di accettazione del rischio o del peso della straordinarietà non può essere presa se non in accordo con il paziente “competente” o con chi lo possa legittimamente rappresentare, nell’ambito dell’alleanza.

L’impiego di mezzi sproporzionati rappresenta invariabilmente una decisione operativa eticamente illecita in quanto il medico ha il dovere di non ricorrere all’impiego di tali mezzi, neppure dietro esplicita richiesta del paziente; il dovere etico così disatteso identifica il comportamento clinico degenerato dell’*accanimento diagnostico-terapeutico*.

L’accanimento è un comportamento clinico che prolunga indebitamente il processo irreversibile del morire, violando il diritto della persona a terminare la propria esistenza con dignità.

L’art. 16 del CDM [10] esprime nei seguenti termini la riprovazione per l’accanimento in clinica: “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 fundamentalmente attendere

un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita”.

L'accanimento diagnostico-terapeutico è eticamente illecito in quanto non si propone di perseguire un'efficacia globale per la persona, ma va nella direzione di un'illusoria volontà di controllo totale sulla vita, al punto da esigerla oltre i limiti imposti dalla natura umana, che è notoriamente finita e mortale. Il rifiuto dell'accanimento clinico è componente essenziale della dignità della morte, assieme alla terapia del dolore e alle altre cure palliative.

Nella gestione delle fasi terminali di malattia occorre, pertanto, manifestare il coraggio di fermare una medicina inutilmente velleitaria e aggressiva, capace magari di guadagnare tempo alla morte ma incapace di farla vivere con dignità [13,19].

L'attuale realtà dell'accanimento diagnostico-terapeutico, sebbene non facilmente quantificabile, può essere spiegata prendendo in considerazione alcune possibili motivazioni; la prima di esse si basa sulla concezione per cui la medicina è impresa umana che contrasta la morte e, pertanto, i pazienti chiedono alla medicina di far ricorso a tutti i mezzi disponibili che allontanino la morte. A tal riguardo risulta illuminante il seguente pensiero divulgato dal filosofo contemporaneo Galimberti: “Si è affievolita la persuasione interiore secondo la quale l'uomo è mortale, e perciò non muore perché si ammala, ma si ammala perché fondamentalmente deve morire. L'affievolirsi della promessa di una vita ultraterrena ha fatto del prolungamento della vita ad opera della scienza medica il supremo valore a cui tutti tendono, per cui la morte non appare più come un 'destino', ma come un fallimento del sapere e della pratica medica” [20].

Altra motivazione che può spiegare l'attuale realtà dell'accanimento diagnostico-terapeutico è la completa perdita del carattere personale della malattia, in gran parte dovuta allo sviluppo della specializzazione medica: disattendendo il precetto di Ippocrate secondo il quale è più importante sapere che tipo di persona ha una patologia piuttosto che sapere che tipo di patologia ha una persona, si tende a curare non il malato bensì i processi organici alterati che determinano la malattia [21,22].

Infine, non può essere trascurato il progressivo affermarsi del modello contrattualistico del rapporto medico-paziente: ci si accanisce perché bisogna fare sempre *tutto* nel timore di venire accusato dai parenti di omissioni o negligenze; la condotta clinica assume, pertanto, carattere *difensivo*.

Considerazioni sul nursing di sostegno nel paziente terminale in Medicina Interna

Un delicato problema bioetico si pone circa l'applicazione al malato terminale del nursing di sostegno, comprensivo dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali che si possono attuare del tutto ordinariamente senza procurare disagi, senza ricorrere ad alcun sofisticato sistema tecnologico, impiegando modeste risorse economiche [23].

Non sembra pensabile una situazione clinica per la quale possa ritenersi sproporzionato l'intervento di nursing volto ad alimentare e idratare il paziente e, d'altra parte, se è vero che ogni paziente può sottrarsi alla terapia dal punto di vista pratico e giuridico, il rifiuto da parte del paziente di tali

interventi di elementare supporto vitale implicherebbe – secondo l'autorevole giudizio del giurista e bioeticista contemporaneo D'Agostino – il sottrarsi alla relazionalità interpersonale nel processo di cura.

Il nursing di sostegno resta comunque un intervento che non può essere di certo imposto in modo coatto, in quanto esiste un diritto fondamentale dei cittadini a disporre del proprio corpo, che è diventato uno dei capisaldi delle costituzioni liberali, derivato dal principio noto come *Habeas corpus* contenuto nella *Magna Charta Libertatum* del 1215. Stabilire se alimentazione e idratazione artificiali siano o non siano terapie mediche è, in questa prospettiva, un problema marginale perché è in ogni caso inaccettabile l'invasione della sfera personalissima della soggettività e della corporeità altrui, sia che l'invasione avvenga per decisioni terapeutiche mediche, sia che avvenga con il tramite di altri strumenti. Insomma, anche se sul piano etico la rinuncia al nursing di sostegno può essere obiettata in quanto interrompe qualsiasi relazione interpersonale di cura (determinando una sorta di risoluzione dell'alleanza), non è certamente lecito imporre quell'intervento in modo coatto usando la forza della legge.

L'art. 32 della nostra Costituzione [24] riconosce al primo comma che la salute di ogni cittadino è un valore che va protetto, perché essa costituisce un "interesse della collettività". In questo modo, la Costituzione riconosce implicitamente che il rifiuto delle cure non è un bene né per la persona malata, né per la società nel suo complesso (seguendo l'ispirazione del *favor vitae* e del *favor curae*). Tuttavia lo stesso articolo, al successivo comma, nega che le cure possano essere imposte in modo coercitivo, perché ciò sarebbe lesivo della dignità della persona. Costituzionalmente, non viene riconosciuto un diritto di morire a cui la collettività debba rispondere con un corrispettivo dovere di far morire chi lo richiede, dal momento che il rifiuto delle cure, in sé, non è considerato un bene; la collettività, però, non può nemmeno imporre in modo coercitivo il valore della salute da essa riconosciuto, perché ciò sarebbe lesivo di altri fondamentali diritti.

Un recente parere del *Comitato Nazionale per la Bioetica* riprende, approfondendola, tale delicata problematica e perviene a interessanti orientamenti [25].

Il principio noto come *Habeas corpus* è poi richiamato dall'art. 13 della Costituzione [24], laddove si afferma che “la libertà personale è inviolabile” e che “non è ammessa forma alcuna di detenzione, ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e solo nei casi e modi previsti dalla legge”.

Il CDM [10], all'art. 35, è molto esplicito al riguardo: “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente [...] 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”.

Le decisioni cliniche e l'autonomia del paziente terminale in Medicina Interna

Un ulteriore aspetto problematico sul piano etico può essere infine rappresentato dal principio di integrità morale della professione, che prescrive l'obbligo di agire secondo *scienza e coscienza*, esigendo il rispetto delle proprie legittime posizioni morali e dei propri convincimenti scientifici ed evitando qualsiasi strumentalizzazione diretta o indiretta da parte del paziente [23,26]. In accordo con tale principio di bioetica clinica, la decisione autonoma del paziente esige rispetto ma non comporta l'obbligo della prestazione da parte del medico, e ciò non costituisce una discriminazione. Come indica anche l'art. 22 del CDM [10], il professionista non può diventare mero esecutore di una volontà incondizionata del paziente, essere solo – citando D'Agostino – “strumento docile e impersonale della volontà di costui” [23]; la medicina non può essere ridotta a fornitura di servizi sanitari, vista nell'esclusiva ottica dei diritti del cittadino-consumatore.

L'art. 38 del CDM [10] si preoccupa di indicare un livello di equilibrio e dichiara: “Il medico deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa dalla persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa [...] Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato”.

Non è comunque irragionevole attendersi, con l'introduzione di ordinamenti legislativi in materia di cosiddette “dichiarazioni anticipate di trattamento”, lo sviluppo di incresciosi conflitti fra le volontà espresse dai pazienti in modo anticipato e la libertà terapeutico-assistenziale, la professionalità e la coscienza dei curanti [26–28].

Le dichiarazioni anticipate di trattamento rappresentano, comunque, uno strumento sicuramente utile che consente di valorizzare le scelte personali oltre il tempo in cui possono essere manifestate coscientemente, offrendo ai medici un criterio di scelta anche nel momento estremamente drammatico della fase terminale della vita dei loro pazienti [29–31].

I lavori parlamentari della corrente legislatura si stanno occupando di una proposta di legge, n. 2350, denominata “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” (primo firmatario Ignazio Marino). Tale proposta consta di nove articoli, il settimo dei quali si occupa di definire il “Ruolo del medico”; nell'art. 7 si precisa che il medico deve prendere in considerazione le volontà espresse dal paziente nelle dichiarazioni anticipate di trattamento e annotare nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno, non potendo prendere in considerazione quelle indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o quelle che contrastano con le norme giuridiche o la deontologia medica. Lo stesso articolo impone al medico di valutare le indicazioni in scienza e coscienza, applicando il principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute, secondo i criteri di precauzione, proporzionalità e prudenza.

Riflessioni conclusive personali

Se l'eutanasia – nel provocare volontariamente la morte del malato terminale in opposizione allo sviluppo naturale della malattia e alla sua spontanea conclusione – rappresenta una forma, per quanto mascherata, di omicidio, essa nulla ha a che vedere con la mancata accettazione o la sospensione di qualsivoglia trattamento ritenuto insostenibile dal paziente competente o che abbia validamente espresso le sue dichiarazioni anticipate di trattamento.

Non può essere negata ad alcun uomo la libertà di riconsegnare la propria sorte alla natura sottraendola alle costrizioni tecnologiche che, a prescindere dal grado di semplificazione, non sono affatto naturali ma pur sempre artificiali e spesso in totale distonia con la natura.

L'idratazione e l'alimentazione artificiali possono certamente essere proposte e raccomandate, ma mai imposte, ossia mai applicate contro la libertà e quindi con violenza.

Ciò non toglie, ovviamente, che altri chiedano l'ausilio tecnico per la sopravvivenza e che esso debba essere reso, purché non comporti accanimento.

La decisione, in ogni caso, spetta al solo malato, in libertà, sperando che non accada che lo Stato arrivi a legiferare sostituendosi alle sue volontà, con la pretesa di arrogarsi il diritto di stabilire esso se, come e quando debba cessare la vita nella circostanza di malattia giunta alla fase terminale.

L'internista, conformandosi ai citati principi, dimostra di usare la propria competenza clinica in funzione di valori che trascendono la tecnica in quanto tale e di non essere dominato, bensì di dominare con saggezza la scienza di cui è in possesso; egli non considera il paziente solo come portatore di una malattia e come tale lo tratta, ma lo considera anche e soprattutto una persona sofferente, rispettandone i valori e la dignità, con tutte le conseguenze che si riflettono sull'adeguatezza etica nell'uso dei mezzi di conservazione della vita nella circostanza di cura della malattia in fase terminale.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Weissman DE. Decision making at a time of crisis near the end of life. *JAMA* 2004;292(14):1738–43.
- [2] Federspil G. Logica clinica. I principi del metodo in medicina. Milano: McGraw-Hill; 2004.
- [3] Rugarli C. L'ABC del metodo clinico. Milano: Elsevier; 2011.
- [4] Cavicchi I. Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti. Torino: Bollati Boringhieri; 2004.
- [5] Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. *Perm J* 2009;13(1):80–6.
- [6] Cosmacini G, Rugarli C. Introduzione alla medicina. Roma-Bari: Laterza; 2000.
- [7] Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897–902.
- [8] AA.VV. Etica di fine vita. Percorsi per scelte responsabili. La Professione 2008; 1.
- [9] Turolfo F. L'etica di fine vita. Roma: Città Nuova; 2010.

- [10] Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Codice di deontologia medica. 16 dicembre 2006.
- [11] British Medical Association. Withholding and withdrawing life prolonging medical treatment: guidance for decision making. London: BMJ Books; 2001.
- [12] Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med* 2004;350(25):2582–90.
- [13] Casini M, Comoretto N, Traisci E, Persano F, Spagnolo AG. La riflessione sul "fine vita". Aspetti giuridici ed etico-clinici dell'eutanasia. *Medicina e Morale* 2010;6:987–1006.
- [14] National Institute for Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. March 2004.
- [15] Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey Jr DE, Cross Jr JT, Owens DK, Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;148(2):141–6.
- [16] McIntyre A. The double life of double effect. *Theor Med Bioeth* 2004;25(1):61–74.
- [17] Noriega J, Di Pietro ML. Né accanimento né eutanasia. Roma: Lateran University Press; 2002.
- [18] Calipari M. Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Cinisello Balsamo, MI: Edizioni San Paolo; 2006. p. 147–68.
- [19] Ten Have H, Clark D, editors. The ethics of palliative care. European perspectives. Buckingham-Philadelphia: Open University Press; 2002.
- [20] Galimberti U. *La Repubblica delle Donne* 2008;586:362.
- [21] Cosmacini G, Satolli R. Lettera a un medico sulla cura degli uomini. Roma-Bari: Laterza; 2003.
- [22] Pagliaro L. *Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2006.
- [23] D'Agostino F. *Bioetica*. Torino: Giappichelli; 1998.
- [24] Costituzione della Repubblica Italiana. *Gazzetta Ufficiale* 1947:298.
- [25] Comitato Nazionale per la Bioetica. Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico. 24 ottobre 2008. http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/abstract_rifiuto_cure4.pdf.
- [26] Lantos J, Matlock AM, Wendler D. Clinician integrity and limits to patient autonomy. *JAMA* 2011;305(5):495–9.
- [27] D'Agostino F. *Bioetica e biopolitica*. In: Ventuno voci fondamentali. Torino: Giappichelli; 2011.
- [28] Negrini G. Direttive anticipate: questioni aperte. *It J Med* 2008;2(2):58–62.
- [29] Thompson PK. From dark night to gentle surrender On the ethics and spirituality of hospice care 2011; 305(22):2354–5.
- [30] Puccetti R, Del Poggetto MC, Costigliola V, Di Pietro ML. Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT): revisione della letteratura. *Medicina e Morale* 2009;14(3):461–98.
- [31] Traisci E. L'attuale situazione giuridica in tema di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) nell'ambito del contesto europeo e delle singole legislazioni degli Stati europei. *Medicina e Morale* 2010;60(5):705–34.