

L'atto medico nel fine vita

di Marinella D'Innocenzo

Abstract: Il presente contributo analizza l'evoluzione dell'atto medico nell'ambito delle decisioni di fine vita, integrando i dettami della Legge 219/2017 e le sentenze della Corte Costituzionale (es. Sentenza Cappato). L'obiettivo è chiarire il ruolo del medico non come mero esecutore di volontà, ma come garante di un processo clinico, etico e giuridico che distingue l'accompagnamento alla morte dignitosa dall'abbandono terapeutico, riaffermando la centralità della relazione di cura nel momento di massima fragilità dell'individuo.

Introduzione

Sebbene la Legge 219/2017 e la giurisprudenza costituzionale abbiano aperto varchi necessari all'autodeterminazione nelle cure, sussiste la necessità di definire l'atto medico nel fine vita come un processo che va oltre la prestazione tecnica. Se la "prestazione" può riguardare l'interruzione di un supporto vitale, il giudizio e la deliberazione del medico si configurano come sintesi etica e clinica che garantisce la non sofferenza, la proporzionalità delle cure e il rispetto della dignità umana. Appare utile pertanto operare alcune chiarificazioni concettuali, integrando la definizione di atto medi-

co nel fine vita, a partire dalla distinzione tra prestazione tecnica e accompagnamento nel rispetto della dignità biografica dell'individuo.

1. Il medico come garante dell'alleanza terapeutica nel fine vita

L'evoluzione normativa e culturale ha trasformato il medico da decisore paternalistico a partner di un'alleanza con il destinatario delle cure. Nell'ambito del fine vita, il medico non interviene come mero esecutore di procedure terminali, ma agisce come effettivo garante della dignità della persona. Il suo ruolo si esplica nel presidiare la sicurezza clinica – intesa come impegno assoluto nel sollievo dal dolore e dalla sofferenza – e nel tutelare l'integrità etica del percorso, assicurando il pieno rispetto della volontà e dell'autodeterminazione del paziente.

Al medico spetta la competenza esclusiva della valutazione della prognosi infausta, l'accertamento della sofferenza refrattaria e la verifica della capacità di intendere e volere del paziente, elementi che non possono essere delegati ad altre figure professionali o sistemi automatizzati.

Nell'ambito del fine vita, l'atto medico lascia l'obiettivo del ripristino funzionale e della guarigione (*to cure*) a favore della sua espressione più alta e deontologica, il “prendersi cura” (*to care*) nella sua forma più pura. In questa fase, l'azione del medico non è più volta alla mera preservazione delle funzioni biologiche, ma alla tutela della “dignità biografica” della persona.

Riconoscere la “dignità biografica” significa onorare la storia, i valori e l'identità della persona assistita, garantendo che l'ultimo tratto del percorso umano sia coerente con l'esistenza vissuta.

L'atto medico si eleva dunque a garante dell'integrità di questo compimento attraverso tre pilastri operativi: la sedazione palliativa profonda come urgenza etica, la sospensione dei trattamenti e il rifiuto dell'ostinazione, l'interpretazione e la contestualizzazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

La sedazione palliativa profonda non deve essere intesa come una mera procedura farmacologica di gestione del decesso, ma si configura come un atto medico di "urgenza etica". È l'intervento estremo volto al controllo dei sintomi refrattari, finalizzato a proteggere la persona da sofferenze intollerabili che ne frantumerebbero la dignità nel tratto finale del percorso vitale (Corte Costituzionale 2024).

L'atto medico che valuta e delibera la sospensione dei trattamenti consiste nel saper riconoscere con perizia scientifica e sensibilità umana il confine oltre il quale le terapie degradano in "ostinazione irragionevole" (accanimento terapeutico) (Saunders 2006). In tale contesto, l'azione del medico si evolve nella rimodulazione del piano di cura: lungi dal configurarsi come un abbandono, essa orienta ogni risorsa verso il sollievo totale, preservando la qualità della vita residua e il rispetto del tempo naturale del morire.

In questo frangente l'atto medico include il delicato compito di interpretare e contestualizzare le Disposizioni Anticipate di Trattamento: il medico agisce come interprete e mediatore tra la volontà espressa "ora per allora" e la realtà clinica contingente. Tale funzione è essenziale per evitare interpretazioni anacronistiche o meccaniche, assicurando che la volontà del paziente sia attuata nel modo più fedele possibile alla sua identità biografica e alle possibilità offerte dalla scienza medica più recente.

2. La metodologia del consenso: relazione, obiezione di coscienza, garanzia della coscienza

Il “come” si realizza l'atto medico nel fine vita, non riguarda solo la tecnica esecutiva, ma la qualità del processo relazionale e il rispetto dei valori di tutti gli attori coinvolti. L'atto medico come processo decisionale non è un evento isolato, ma l'esito di una relazione di cura che deve essere tracciata e documentata nel tempo (Kübler-Ross 1969). La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) rappresenta la forma più evoluta di atto medico preventivo: è il momento in cui medico e paziente, in una fase ancora non terminale, definiscono insieme lo scenario dei trattamenti futuri. Questo processo trasforma il consenso informato da “freddo” modulo burocratico in percorso clinico dinamico, garantendo che ogni decisione successiva sia coerente con i desideri del paziente, evitando crisi decisionali nell'emergenza e rendendo l'atto medico più sereno e documentato (Italia 2017).

Pur nel rispetto delle volontà del paziente, l'atto medico rimane libero e il medico non può essere costretto a compiere atti contrari alla propria coscienza o ai propri convincimenti tecnico-scientifici.

La clausola di coscienza ribadisce l'autonomia professionale e intellettuale del medico, che non può essere ridotto a mero esecutore di richieste che contrastino con i propri principi etici o con il proprio sapere tecnico-scientifico. L'autonomia professionale è la garanzia che ogni decisione medica sia fondata su un giudizio di valore e di scienza, e non su una semplice applicazione meccanica di protocolli. Tuttavia, l'esercizio della clausola di coscienza non deve mai tradursi in una interruzione della relazione terapeutica o in un vuoto assistenziale. È fondamentale chiarire che la clausola di coscienza non coincide con l'atto di “andarsene” o delegare il

caso, ma si configura come l'impegno a "curare in altro modo". Il medico che declina l'esecuzione di una specifica procedura terminale ha il preciso dovere deontologico di garantire la continuità delle cure palliative e l'assistenza al sollievo. In questo senso, l'atto medico di obiezione o dissenso tecnico si ricompone nel principio supremo del "non abbandono": il medico resta accanto al paziente nel momento del bisogno, spostando l'obiettivo clinico verso il conforto e la gestione della dignità biografica, assicurando che nessun individuo sia lasciato solo di fronte alla sofferenza.

3. Responsabilità organizzativa e giuridica

L'atto medico nel fine vita non può essere isolato in una dimensione puramente individuale, ma deve iscriversi in una cornice di sistema che ne garantisca la legittimità e la sostenibilità operativa.

Tale atto si esplica all'interno di un contesto protetto e regolamentato, dove la responsabilità del singolo professionista trova un sinergico supporto fondamentale nei Comitati Etici Territoriali (o per la Pratica Clinica). Tale interazione assicura che le decisioni più complesse siano il frutto di una riflessione collegiale e multidisciplinare, offrendo al medico un solido ancoraggio etico e una maggiore tutela giuridica di fronte a scelte che coinvolgono i confini della vita.

Tuttavia l'esecuzione dell'atto medico nel fine vita prevede delle imprescindibili responsabilità organizzative. Le strutture sanitarie hanno il dovere di garantire l'accesso universale e tempestivo alle cure palliative e alla terapia del dolore. Nel contesto normativo italiano tale disponibilità non è solo un obbligo di legge (Italia 2010), ma rappresenta il presupposto etico essenziale

affinché l'atto medico e la scelta del paziente siano realmente liberi: non può esserci vera autodeterminazione se la decisione di fine vita è condizionata dalla carenza di assistenza o dall'assenza di alternative nel controllo della sofferenza.

Nel contesto del fine vita, il medico non opera come un agevolatore della morte, ma come il garante di un percorso clinico procedimentalizzato. La distinzione tra l'assistenza al morire e l'istigazione o l'aiuto al suicidio, intesi come reati, risiede proprio nella natura deliberativa dell'atto medico, che si configura come una sintesi di scienza, coscienza e rispetto della legge. L'intervento del medico non è volto a "istigare" o "facilitare" la fine della vita in senso generico, ma a verificare la sussistenza di rigorose condizioni cliniche (irreversibilità, sofferenza intollerabile, dipendenza da sostegni vitali). Mentre l'istigazione è un'azione esterna che influenza o aiuta un soggetto vulnerabile, l'atto medico nel fine vita è un processo di validazione della volontà preesistente del paziente. Il medico agisce come "filtro" critico: verifica che la richiesta sia libera, informata e non dettata da stati depressivi trattabili, distinguendo così il desiderio di dignità biografica dal disagio sociale o psichico.

In questo quadro, l'atto medico nel fine vita si configura anche come lo strumento che accerta la non punibilità della condotta, trasformando una situazione tragica in un percorso di autodeterminazione, che nel sistema italiano è protetto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Conclusioni

L'atto medico nel fine vita segna il passaggio cruciale dal tentativo di arrestare il declino organico alla protezione dell'integrità della persona nella sua interezza. L'atto medico nel fine vita

deve superare una visione puramente “biologica” della vita – intesa come mera persistenza di funzioni vitali – per abbracciare quella “biografica”. In quest’ottica, l’intervento clinico è volto a promuovere l’autonomia residua e a garantire il sollievo totale: un concetto multidimensionale che integra la gestione del dolore fisico con il supporto psicologico, relazionale e spirituale. Rispettare la dignità biografica significa assicurare che l’ultimo tratto dell’esistenza sia coerente con la storia, i valori e l’identità del paziente.

Bisogna ribadire con forza che l’atto medico nel fine vita non è un atto di rinuncia, ma l’ultima e più alta forma di tutela della persona. Esso si configura come processo di accompagnamento clinico ed etico, volto a garantire che il transito avvenga in condizioni di massima umanità. Il medico, in questa fase, non abbandona il campo ma sposta il baricentro del suo agire verso la protezione del morente da ogni forma di sofferenza inutile o degradante, facendosi custode del valore inalienabile della vita umana fino al suo naturale compimento.

L’assistenza al morire, secondo le indicazioni della Sentenza della Corte Costituzionale 242/2019, è un atto medico a tutti gli effetti perché prevede l’inquadramento diagnostico (accertamento della patologia), la valutazione dei sintomi (refrattarietà e intollerabilità) e il monitoraggio e l’accompagnamento (presenza del medico per evitare complicazioni o sofferenze durante la procedura).

In conclusione, l’atto medico nel fine vita si configura non come l’interruzione di un impegno, ma come la sua massima elevazione: il passaggio dal dovere di guarire al dovere di non lasciare solo il paziente nel compimento della propria dignità biografica.

Appendice: elementi di sintesi

Area di intervento	Obiettivo dell'integrazione	Fonte di riferimento
Autodeterminazione	Colmare il divario tra volontà del paziente e responsabilità clinica del medico attraverso la PCC	Legge 219/2017
Sofferenza refrattaria	Definire i criteri clinici e l'urgenza etica per l'accesso alla sedazione profonda come atto medico specialistico	Art. 38 Codice Deontologico
Ruolo del medico	Validazione Clinica <i>vs</i> Prestazione Esecutiva: distinguere l'accompagnamento clinico dalla mera "prestazione terminale". L'atto procedimentalizzato funge da garante della liceità del percorso, qualificando l'assistenza etica al morire come attività clinica distinta da condotte penalmente rilevanti	Corte Cost. Sent. 242/2019 e 135/2024
Sicurezza etica	Riaffermare il principio di <i>beneficium</i> e di non maleficenza anche nelle fasi di sospensione dei trattamenti	Etica della cura
Responsabilità di sistema	Vincolare l'atto medico alla presenza di una rete di Cure Palliative efficiente (Responsabilità Organizzativa)	Legge 38/2010
Integrità biografica	Spostare il fine dell'atto dalla preservazione biologica alla tutela della storia e dei valori del paziente	Dignità della persona

Glossario dei termini chiave

Accanimento terapeutico: (vedi Ostinazione irragionevole).

Accompagnamento: processo clinico ed etico di tutela attiva della persona nella fase terminale; si distingue dalla rinuncia alle cure per il presidio costante della dignità.

Atto medico procedimentalizzato: insieme di azioni diagnostiche, valutati-

- ve e di monitoraggio che garantiscono la liceità dell'assistenza al morire, distinguendola da fattispecie di reato.
- Autodeterminazione: diritto del paziente di rifiutare trattamenti o di pianificare le cure del fine vita, garantito dalla Legge 219/2017.
- Beneficium* (Principio di): dovere del medico di agire per il massimo bene del paziente, che nel fine vita si traduce nel sollievo dalla sofferenza.
- Clausola di coscienza: diritto del medico di non compiere atti contrari ai propri valori etici o convincimenti scientifici, senza tuttavia interrompere il *care* assistenziale.
- Comitati etici territoriali: organismi multidisciplinari di supporto al medico per la validazione dei percorsi di fine vita più complessi.
- Disposizioni anticipate di trattamento (DAT): espressione della volontà del paziente "ora per allora"; richiedono l'azione del medico di interpretazione e contestualizzazione clinica.
- Dignità biografica: tutela della storia, dei valori e dell'identità della persona, superando la mera sopravvivenza biologica delle funzioni vitali.
- Integrità etica: coerenza tra l'agire medico, la volontà del paziente e i dettami deontologici e normativi.
- Istigazione al suicidio: condotta penalmente rilevante da cui l'atto medico proceduralizzato si distingue per finalità, metodo e inquadramento clinico.
- Non abbandono (Principio di): obbligo deontologico del medico di restare accanto al paziente garantendo cure palliative, anche in presenza di obiezione a specifiche procedure.
- Ostinazione irragionevole: persistenza in trattamenti privi di beneficio per il paziente, definita comunemente come accanimento terapeutico.
- Pianificazione condivisa delle cure (PCC): metodologia relazionale per definire anticipatamente il percorso terapeutico, considerata la forma più evoluta di atto medico preventivo.
- Responsabilità organizzativa: dovere della struttura sanitaria di garantire le risorse e le reti (cure palliative) necessarie all'esercizio della libertà di scelta.

- Rimodulazione delle cure: deliberazione del medico di revisione del piano terapeutico che sposta l'obiettivo dalla guarigione al sollievo totale.
- Sedazione palliativa profonda: atto medico d'urgenza etica finalizzato al controllo dei sintomi refrattari e alla garanzia di un decesso privo di sofferenza.
- Sollievo totale (*Total Pain*): approccio che integra la gestione del dolore fisico con il supporto psicologico, sociale e spirituale.
- Sostegno vitale: trattamento la cui interruzione determina la morte; la sua verifica è requisito essenziale per l'accesso ai percorsi previsti dalla Sentenza della Corte Costituzionale 242/2019.
- Validazione clinica: funzione intellettuale del medico volta ad accertare la sussistenza dei requisiti clinici e di volontà per la liceità dell'assistenza al morire.

Riferimenti bibliografici

- Corte Costituzionale (2019), *Sentenza n. 242/2019, Caso Cappato*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 48 del 27 novembre 2019.
- Corte Costituzionale (2024). *Sentenza n. 135/2024, Requisito dei sostegni vitali*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 30 del 24 luglio 2024.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice di deontologia medica, Articolo 38: Cure palliative e terapia del dolore*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Italia (2010), *Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010.
- Italia (2017), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.

Kübler-Ross E. (1969), *On Death and Dying*, Macmillan, New York.

Saunders C. (2006), *Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004*, Oxford University Press, Oxford.