

Dal "consenso informato" al "testamento biologico"

Bruno Domenichelli

Accade spesso, al rianimatore e al cardiologo che lavorano in Unità di Cure intensive, di assistere malati in fase terminale, in coma o comunque nell'impossibilità di assumere decisioni. È allora forte la tentazione di non volere ad ogni costo arrendersi, sulla spinta emotiva di una vita umana che si va spegnendo e forti delle possibilità tecnologiche che la scienza medica sempre più ci offre di tenere in vita un corpo. Una tentazione che esprime spesso un inconscio senso di onnipotenza nei mezzi terapeutici a nostra disposizione¹. Il rischio è allora quello dell'**accanimento terapeutico**, un atteggiamento che ci rende ciechi di fronte ai limiti della natura e della dignità dell'uomo, precludendoci la comprensione del senso di "futilità" di una cura medica^{2,3} di fronte alla fatale irreversibilità di una situazione clinica.

"In molti casi, la terapia del mantenimento della vita viene continuata contro la volontà del paziente, in circostanze talmente gravi da far pensare che si stia negando ai malati una morte dignitosa, prolungandogli una sofferenza ormai insostenibile"⁴, "nell'incubo di una prosecuzione di vita artificiale meramente biologica"², tanto da volerle consapevolmente rifiutare, nella consapevolezza della loro inutilità e nell'umana aspirazione di entrare nella propria morte in piena dignità umana". Anche l'équipe medica sarebbe così confortata nell'estrema e sofferta decisione di "staccare la spina".

Conforto che il malato in stato di irreversibile incoscienza non può dare al medico, che si trova spesso disperatamente solo nell'estrema decisione.

Allo scopo di evitare l'angoscia e la potenziale arbitrarietà di queste decisioni, nella prospettiva della necessità di un più integrale rispetto del desiderio

del malato di morire con dignità e di "vivere la morte da uomo"⁵, la Legislazione di molti Paesi democratici, ha già recepito l'istituto del testamento biologico, o carta di autodeterminazione, il living will dei paesi anglosassoni⁶.

Il **testamento biologico** è costituito da ogni "documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse in grado di esprimere il proprio dissenso informato"⁷.

L'approvazione del testamento biologico costituisce la logica estensione del **consenso informato**, ormai ben affermato nelle legislazioni di tutti i paesi culturalmente evoluti^{8, 9}, nell'ambito del **principio**

di **autodeterminazione**^{10, 11}, che consente, in estrema sintesi alla persona di evitare di diventare protagonista passivo di pratiche di accanimento terapeutico. Già l'art. 14 del Codice di Deontologia Medica del 1998, afferma peraltro che: "Il medico deve evitare l'ostinazione in trattamenti di cui non si possa



Cannon Maior di Avicenna - La visita del medico. Biblioteca Universitaria - Bologna.

Le immagini si susseguono come in un filmato: il malato con i familiari, la visita del medico, il medico che si intrattiene in strada con i familiari. Per l'uomo del pieno medioevo, nel momento del morire si manifestava la "sapienza" estrema e suprema della vita. La morte era considerata parte integrante della vita: evento naturale. Specialmente quando il morente aveva avuto il tempo per pensare alla sua morte: il tempo di "imparare a morire". "Soltanto quando si ha tempo di pensare che si muore val la pena di morire". (F.V. Joannes, 1978). Nell'interiorità di queste "disposizioni anticipate" dell'animo dell'uomo sta la naturalezza medioevale del processo del morire. Nel testamento si chiedeva perdono dei torti fatti. Una "buona morte" (eu-tanasia), era quella che avveniva nel proprio letto, circondati dagli affetti di parenti e di amici, in un vero e proprio "rituale del buon morire": una coscienza corale della morte che rendeva tollerabili sofferenze contro le quali nessuno si "accaniva". La collettiva condivisione dell'evento favoriva la serenità del trapasso, nel più integrale rispetto del desiderio del malato di morire con dignità e di "vivere la morte da uomo"⁵.

fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato o un miglioramento della qualità della vita". L'istituto giuridico del testamento biologico non è purtroppo ancora presente in Italia, nonostante siano attualmente in discussione in Parlamento e siano stati elaborati negli ultimi anni numerosi disegni di legge in proposito.

In effetti, l'ultimo Codice di Deontologia Medica vigente in Italia¹² recepisce all'art. 34 il concetto di "autonomia del cittadino", affermando che "il medico deve attenersi, nel rispetto della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona". E aggiunge che "Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di pericolo di vita, **non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso...**".

Codice deontologico medico e principio di autodeterminazione del cittadino trovano quindi una piena coincidenza.

Di contro, peraltro, la giurisprudenza italiana è comunque "costante nel ritenere che una eventuale desistenza terapeutica... dalla quale derivi un danno alla salute o la morte del soggetto... può configurare i reati della lesione personale... o dell'omicidio (colposo, doloso o preterintenzionale)... Esiste un estremo rigore della giurisprudenza italiana nei confronti dell'omissione terapeutica..."¹³.

Appaiono quindi semplicistici, se non provocatori, i richiami effettuati da qualcuno nei confronti dei medici ad "essere coraggiosi" e ad applicare comunque quanto previsto nella fattispecie dal Codice di Deontologia Medica, il cui rispetto non tutela peraltro il medico dai rigori della Legge.

Esiste quindi in Italia un **vuoto legislativo sul diritto del cittadino di esprimere direttive anticipate**

sul tipo di assistenza accettata nel caso della propria impossibilità di esprimere le proprie volontà al momento del verificarsi dell'evento. Un vuoto che non tutela né un fondamentale diritto civile del malato, né la fondamentale serenità del medico nell'affrontare decisioni cariche di responsabilità.

"I tempi sono maturi - afferma Umberto Veronesi - perché si passi dal piano etico a quello giuridico, perché si tratta di rispettare il diritto di ogni cittadino a decidere in autonomia e libertà il proprio futuro, soprattutto nel caso si

realizzasse la sfortunata condizione di impossibilità e incapacità di esprimere la propria volontà"¹⁴.

In situazioni cliniche in cui unico compito del medico rimane quello di **accompagnare il malato nel processo del morire** e di lenire empaticamente la sua sofferenza, diventa obbligo morale del medico rispettare le sue esigenze non solo fisiche, ma esistenziali e spirituali. Il rispetto delle volontà, anche "anticipate" della persona malata di fronte alla fine della vita, farà sì che il medico debba rinunciare alle possibilità spesso cieche offerte dalla tecnologia medica, nella prospettiva di prolungare nel tempo una vita solo vegetativa¹⁵ o carica di sofferenze incompatibili con la dignità umana.

Lungi dal costituire una sconfitta di fronte alle possibilità offerte dal progresso

scientifico, questo atteggiamento di umiltà del medico di fronte ai limiti della natura e ai "miracoli" della tecnologia¹⁶, espande ancor più la **dimensione di "sacralità" laica della relazione medico-paziente**¹⁷, configurando un'"alleanza terapeutica" carica di significati nuovi, in cui all'empatia si aggiunge un ulteriore plus di umanità derivante dal rispetto dell'autonomia della persona malata¹⁸. Attraverso "un'accresciuta sensibilità nei confronti dell'autonomia del paziente si perviene spesso a "forme di col-



Domenico di Bartolo - Cura degli infermi (particolare). Spedale di S. Maria della Scala - Siena.

La "cura degli infermi" era pratica naturale e diffusa nel medioevo e nei secoli successivi. Nonostante la povertà dei mezzi tecnici e l'impotenza della medicina, il morente era "aiutato" a morire dall'assistenza anche spirituale del personale religioso, dall'affetto dei familiari e dall'empatia degli amici. Il conforto alleviava la sofferenza e la rendeva più tollerabile. Morire era così più "facile", evento naturale e protetto.

L'eutanasia era questo: una "buona morte", vicini ai luoghi della vita e circondati da affetti. "Pietas" era tenere per mano il morente, nell'estremo accompagnamento. In tempi a noi più vicini, un diverso tipo di eutanasia è garantito da una dose letale di morfina.

laborazione decisionale fra paziente terminale e medico¹³. Il medico diviene allora in molti casi "una sorta di tutore o di avvocato del paziente, finendo per svolgere nel modo migliore la funzione che alcuni vorrebbero attribuire a un terzo, che dovrebbe essere chiamato a provvedere alla realizzazione delle direttive anticipate del paziente"¹³.



Alcuni recenti fatti di cronaca hanno emotivamente sottolineato l'attualità del tema del testamento biologico e più genericamente dei problemi giuridici e deontologici del fine-vita, suscitando discussioni che non di rado hanno assunto i toni di una esasperata contrapposizione ideologica fra impostazione laica e religiosa. L'opinione di rianimatori e di cardiologi, spesso chiamati a decisioni laceranti è per di più frastornata dalla confusione creata dai pareri elaborati da una molteplicità di Commissioni e Comitati chiamati a formulare chiare direttive etiche e giuridiche sui problemi del malato terminale.



Allo scopo di fornire ai nostri lettori informazioni quanto più possibile chiare ed equilibrate sui **pro-**

Bibliografia

1. Domenichelli B. Il "complesso di Icaro" e l'onnipotenza della scienza. Verso un nuovo umanesimo medico. *Studium* 2005; 101; 29-38.
2. Delbon P. Le direttive anticipate tra autonomia professionale del medico ed autonomia decisionale del paziente. *Difesa Sociale* 2005; 84: 137-58.
3. Pellegrino E. Decision at the end of life: use and abuse of the concept of futility. In: *The dignity of the dying person*. Libreria Vaticana 2000: 219-41.
4. de Tilla M. Introduzione a: *Testamento biologico*. Il Sole 24 ORE, Milano gennaio 2006.
5. Tettamanzi D. Cit. da Lecaldano E.: *Bioetica - Le scelte morali*. Laterza,

blemi deontologici sollevati dal testamento biologico, abbiamo ritenuto utile rivolgere alcune domande in proposito al **prof. Umberto Veronesi, Direttore dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e già Ministro della Salute**, che, per la sua specifica esperienza clinica, umana e politica e per aver già più volte affrontato il tema del testamento biologico, abbiamo ritenuto il più autorevole interlocutore.



Il trionfo della morte - Palermo.

Le frecce della morte improvvisa, spesso scoccate dalla Morte trionfante, metafora della collera divina per il peccato, funestavano la vita dell'uomo del medioevo; guerre, incidenti, pestilenze. Il Fato, allora, non destinava "onorata sepoltura", ma soprattutto non si aveva tempo per fare penitenza e prepararsi a morire. Oggi il "testamento biologico" raccoglie le volontà anticipate dell'uomo sulla propria morte. Sempre meno tollerante della sofferenza, l'uomo d'oggi, accende le sue esorcizzanti assicurazioni anche contro il rischio-sofferenza.

Nella sua prefazione al "Testamento biologico. Riflessioni di dieci giuristi" (2006), afferma Veronesi¹⁴ che "nell'antica Grecia i problemi della vita e della morte si discutevano nell'agorà, la piazza..." Ci piace pensare che anche le pagine di una rivista scientifica come *Cardiology Science* possano costituire per i cardiologi italiani un'ideale agorà in cui confrontarsi e formarsi valide opinioni personali.

Riportiamo quindi il testo dell'intervista al prof. Veronesi, che speriamo sia utile nella formazione di una meditata ed informata opinione su un problema che tanti dubbi deontologici e giuridici ha sollevato fra i medici, non solo sull'onda della drammatica attualità delle recenti cronache, ma soprattutto per la frequenza con cui nella sua pratica quotidiana, il medico viene chiamato a sofferte decisioni.

6. Halliday S. Wittek L. Decision-making at the end-of-life and the incompetent patient: a comparative approach. *Medicine and Law* 2003; 2: 533-42.
7. Comitato Nazionale di Bioetica. Dichiarazioni anticipate di trattamento. 18 dicembre 2003.
8. Rescigno P. Il consenso informato e le direttive anticipate. In: Marconi L, Dameno R (a cura di): *Dignità del morire*. Ed. Guerini, Milano 2003 p. 78.
9. Casali P, Gamba A, Santosuosso A. Il paziente inguaribile in fase avanzata. In: Santosuosso A (a cura di). *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*. R.Cortina, Milano 1996 p.78.
10. Ciliberti R. Le scelte di fine vita: il diritto di autodeterminazione nei soggetti incompetenti: *Bioetica. Rivista interdisciplinare* 2001; 3: 437.

11. Alpa G. Il principio di autodeterminazione e le direttive anticipate sulle cure mediche. In: *Testamento biologico*. Il Sole 24 ORE, Milano gennaio 2006 p. 25.
12. Codice di Deontologia Medica. Ottobre 1998.
13. Patti S. L'autonomia decisionale della persona alla fine della vita. In: *Testamento biologico*. Il Sole 24 ORE, Milano gennaio 2006.
14. Veronesi U. Prefazione a: *Testamento biologico. Riflessioni di dieci giuristi*. Il Sole 24 ORE, Milano, gennaio 2006.
15. Santosuosso A. Novità e remore sullo stato vegetativo persistente.

- Nota a Corte di Appello. Milano, decreto 31 dicembre 1999. Foro II 2000, 2028.
16. Domenichelli B. Curare con umiltà. *Cardiologia Extraospedaliera* 2001; 7: 347-52.
 17. Domenichelli B. Etica e psicosomatica nella relazione medico-paziente. Antiche suggestioni. *Nuovi problemi. Cardiologia Extraospedaliera* 2000; 6: 433-44.
 18. Balestra L. Efficacia del testamento e ruolo del medico. In: *Testamento biologico*. Il Sole 24 ORE, Milano gennaio 2000 p. 89.

Intervista al Professor Umberto Veronesi*

D: È allo studio una proposta di legge sul testamento biologico. Quali ritiene debbano essere i principali punti qualificanti di questa legge?

R: Dovrebbe essere una legge semplice, che tuteli il diritto all'autodeterminazione della cura, senza rendere complicata dal punto di vista burocratico l'espressione della propria volontà. Io stesso, insieme ad un gruppo di giuristi, ho elaborato una bozza di proposta di legge che si può riassumere in tre punti fondamentali. I primi due punti costituiscono le premesse essenziali: primo, il diritto di ogni persona di conoscere (e naturalmente anche di non conoscere) i dati sanitari che la riguardano e di essere informata in modo completo sui benefici e sui rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche suggerite dal medico, e sulle possibili alternative. Secondo, l'obbligo di subordinare ogni trattamento medico all'esplicito ed espresso consenso dell'interessato, prestato in modo informato, libero e consapevole. Il punto centrale infine è quello che stabilisce il diritto di ogni persona di redigere una dichiarazione anticipata di tratta-

mento, modificabile e revocabile in qualsiasi momento, nella quale viene espressa la propria volontà di essere o non essere sottoposto ad alcun trattamento in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile ed invalidante che costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione. Nel caso in cui la persona da sottoporre al trattamento medico versi nello stato di incapacità di esprimere il proprio consenso, i medici sono tenuti a rispettare la volontà espressa nella dichiarazione anticipata di trattamento. Inoltre la dichiarazione deve contenere la nomina di un fiduciario cui è affidato il compito di verificare che le volontà espresse nella dichiarazione vengano puntualmente rispettate.

D: Come ritiene di poter sintetizzare il concetto di accanimento terapeutico?

R: Premetto che la definizione di "accanimento terapeutico" non mi trova d'accordo, sia perché è una contraddizione in termini sia perché fa immaginare che contro il malato ci si "accanisca" per un principio astratto. Il termine



Papiro di Ani - Egitto. L'anima uccello di Ani vola sopra il corpo che ha lasciato.

Dopo l'imbalsamazione il Ka, l'anima del defunto, abbandona il corpo. La vita terrena dei faraoni si proiettava verso la morte, per potersi assicurare la vita eterna. Fin dalla giovinezza i faraoni davano disposizioni per la loro sepoltura. Una sorta di "testamento esistenziale" per garantirsi l'immortalità. Le "disposizioni anticipate" iniziavano dall'imbalsamazione del corpo che, intatto, avrebbe dovuto attendere il ritorno del Ka, l'anima del defunto, che al momento della morte aveva lasciato il corpo, per iniziare il suo percorso di purificazione nel regno dei morti. Al ritorno del Ka, anche il corpo del defunto avrebbe potuto godere per l'eternità il rinnovarsi del ciclo vitale del sole.

* Ringraziamo il dr. **Rodrigo Rodriguez** per la sua gentile collaborazione nei rapporti col prof. Umberto Veronesi.

corretto è probabilmente "ostinazione".

È **ostinazione terapeutica** il mantenere in vita il paziente ad ogni costo. Il medico che lo fa, manca al proprio dovere deontologico di non far soffrire. E comunque non si può parlare di ostinazione terapeutica senza parlare della volontà del paziente di essere curato o di non essere curato: è questa volontà che conta. Il medico non deve né ostinarsi nelle cure né rinunciare per timore dell'insuccesso. Deve, molto semplicemente, acquisire la volontà del paziente, dopo averlo informato con onestà assoluta. Le cure ostinate che prolungano solo i tormenti fisici e psichici e rinviavano di poco il momento del distacco devono essere portate avanti esclusivamente con il consenso del malato: lui, e solo lui, ha il diritto di decidere.

D: Numerose Commissioni e Comitati etici nazionali, alcuni creati ad hoc dal Ministro della salute, stanno elaborando attualmente pareri su problemi etici e giuridici del fine-vita e del testamento biologico. Non crede che questa molteplicità possa generare confusione e che la costituzione di un' **Authority nazionale unica di bioetica**, nella quale confluiscono competenze attualmente disperse, possa contribuire a fare chiarezza in merito?

R: L'idea della costituzione di un organismo unico che si pronuncerà sui temi di bioetica mi trova d'accordo. Direi di più: accanto ad ogni Parlamento occorrerebbe istituire una **specie di Camera Alta**, composta da intellettuali di grande prestigio e di grande libertà – filosofi, bioeticisti ma anche economisti, giuristi e scienziati – ai quali dovrebbe competere il ruolo istituzionale di affrontare, e se possibile indicare, le soluzioni dei problemi che la scienza pone alla società. Questa idea, che ho maturato da tempo, è stata lanciata pubblicamente un anno fa a Venezia, in occasione della Prima Conferenza Mondiale sul Futuro della Scienza. Si tratta in prati-

ca di una **Authority for Science** per affrontare le questioni che più da vicino riguardano le conseguenze delle scoperte scientifiche sulla vita sociale, oggi per lo più lasciate alle decisioni dei governi. I suoi componenti, un gruppo permanente di "saggi" di diverse discipline che la società identifica come "super partes", dovrebbero impegnarsi a stabilire gli obiettivi e i limiti del progresso scientifico e a esprimersi in modo imparziale sulle questioni etiche che esso insistentemente pone, sottoponendo poi le loro conclusioni e i loro piani d'azione alle forze politiche. Temi da affrontare subito sarebbero, ad esempio, oltre all'eutanasia e all'accanimento terapeutico, quelli della clonazione umana o dell'uso degli organismi geneticamente modificati in agricoltura.



Antonio Canova - Psiche rianimata dal bacio di Amore (particolare) - Museo del Louvre (Parigi).

Canova riveste di romanticismo il confine fra la vita e la morte. A "rianimare" Psiche è un bacio di Amore. Sullo stesso confine si addensano oggi i fantasmi impietosi della sofferenza rifiutata, i quali si ergono ad arbitri decisivi della vita umana, armando la mano e la volontà autodistruttiva dell'uomo.

D: Nell'attuale vuoto legislativo, alcuni hanno invitato i medici ad "essere coraggiosi" e ad applicare le norme etiche previste dall'art. 34 del Codice di Deontologia Medica, che afferma la liceità (anzi, la doverosità) di comportamenti che mettono in atto le volontà espresse dal paziente sulla fine della propria vita. Non crede che così facendo il medico possa esporsi a rischi medico-legali, in considerazione dell'attuale rigore della giurisprudenza nei confronti di omissioni terapeutiche?

R: Sì, penso che l'appellarsi al Codice di Deontologia medica non basti a tutelare il medico. Infatti la campagna a favore di una legge sul testamento biologico è nata anche per evitare che tutte le responsabilità della decisione di porre fine alle sofferenze inutili del malato gravino sul medico. Lo spirito della campagna è proprio quello di promuovere la condivisione della decisione tra il paziente, debitamente informato e consapevole, e il medico.

D: Alcuni avanzano riserve sul concetto di testamento biologico, ravvisandovi equivalenze con

l'eutanasia. In una visione corretta del testamento biologico è possibile sgombrare il campo da questi timori?

R: Eutanasia significa letteralmente "dolce morte" e indica il porre fine alla vita di una persona malata, in risposta ad una sua specifica richiesta, che viene espressa in piena coscienza perché egli giudica insopportabile la condizione di sofferenza causata dalla sua malattia. Il **testamento biologico** riguarda invece i casi in cui il malato, al contrario, non potesse, per una sopravvenuta incapacità, come nel caso di un grave incidente, esprimere consapevolmente e personalmente la propria volontà circa le cure a cui desidera o non desidera essere sottoposto. Quindi è vero che testa-

mento biologico ed eutanasia riguardano il tema "fine vita" ma sono due problemi diversi e logicamente quasi opposti. Con il Testamento Biologico la persona nel pieno delle sue capacità esprime le sue direttive anticipate, da utilizzare nel caso in cui non potesse far valere di persona le proprie scelte. È uno strumento di autodeterminazione del malato ed è la logica estensione del consenso informato alle cure, che non ha niente a che vedere con l'eutanasia e che è accettato da tutti, anzi obbligatorio per legge in Italia da parecchi anni. Tanto è vero che le direttive anticipate possono anche includere precise clausole di esclusione dell'eutanasia, anche qualora fosse riconosciuta dalla legge.



La responsabilità penale del medico

Nell'inquadrare i problemi giuridici e deontologici del fine-vita, di cui il testamento biologico costituisce solo uno specifico aspetto, è necessario tenere conto dell'esistenza di un'ampia gamma di situazioni, che vanno dall'eutanasia attiva, a quella passiva, dal suicidio assistito all'astensione terapeutica, che assumono rilevanza giuridica diversa, anche in relazione a condizioni cliniche specifiche, come lo stato vegetativo permanente, la sussistenza o meno di accanimento terapeutico e la volontà del malato. Sono tutti problemi che esulano ovviamente dai limiti di questo editoriale. Dopo l'inquadramento deontologico del prof. Veronesi, ci è sembrato comunque utile affrontare il problema della **valutazione della responsabilità del medico** in alcune situazioni di fine-vita, anche alla luce di un caso affrontato recentemente dalla Procura della Repubblica di Roma, cercando di chiarire le **responsabilità e i rischi giuridici personali di un medico** che compia atti medici richiesti da un paziente in fase terminale irreversibile, ai quali consegua la naturale accelerazione del fatale iter di morte del paziente, nell'ipotesi che **questo comportamento possa essere considerato senza conseguenze di rilevanza giuridica** qualora venga riconosciuto che il medico abbia agito in scienza e coscienza, coerentemente a quanto previsto: a) dagli art. 34 e 37 del Codice di Deontologia Medica (art. 34: "Il medico deve attenersi... alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla perso-

na." Art. 37: "...il medico deve limitare la sua opera... alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati, a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita."); b) dall'art. 32 della Costituzione Italiana: ("...Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana").

La valutazione della responsabilità del medico non può prescindere da alcune considerazioni generali basate sui dettati della Costituzione Italiana e del Codice di Deontologia Medica.

Risulta ormai acquisito alla cultura giuridica il principio secondo cui ogni intervento del medico è legittimato dal consenso valido e consapevole espresso dal paziente, in forza degli articoli 13 e 32, della Costituzione, che tutelano il diritto di autodeterminazione, lasciando a ciascuno il potere di scegliere autonomamente se sottoporsi o meno a un determinato trattamento.

Non appare quindi contestabile il diritto del malato al rifiuto di un trattamento in atto. La Costituzione, la giurisprudenza della Corte di Cassazione, le indicazioni del Codice di Deontologia Medica, la Convenzione di Oviedo e il parere del Comitato Nazionale per la bioetica (dicembre 2003), sono infatti concordi nell'affermare il **diritto del malato di**

rifiutare o di decidere consapevolmente di interrompere una terapia. Deve ritenersi riconosciuta all'individuo la libertà di scelta su come e quando concludere il proprio ciclo vitale, nel momento in cui lo spegnersi della vita è ormai ineluttabile e la malattia è inarrestabile, e per mettere fine alle proprie intollerabili sofferenze.

Dagli artt. 32 e 13 della Costituzione si evince l'esistenza di un vero e proprio **"diritto a non curarsi"**, ossia di una assoluta libertà del paziente a rifiutare le cure mediche, lasciando che la malattia faccia il suo corso.

Il diritto di autodeterminazione è altresì correlato alla volontà di evitare situazioni di accanimento terapeutico, il cui divieto si fonda su solide basi di diritto positivo.

Sulla base di queste considerazioni, non risulterebbe imputabile quel medico che, ottemperando alla volontà valida e consapevole di un paziente terminale, **si astenesse "dall'ostinazione in trattamenti di cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita"** (art. 14 Codice di Deontologia Medica), concetti peraltro riaffermati dagli artt. 16 e 39 del nuovo Codice di Deontologia Medica approvato dal Consiglio Nazionale degli Omceo il 16 dicembre 2006.

Né appare giustificato obiettare che nel nostro ordinamento legislativo mancherebbero definizioni certe e condivise dei concetti di "futilità" di una terapia, di accanimento terapeutico o di intollerabilità di una certa qualità della vita, così come eccepire che non esisterebbero linee-guida orientative del comportamento dei medici sul momento in cui desistere dall'accanimento terapeutico, agevolando le richieste del malato di interrompere le terapie di sostegno vitale.

La mancanza di precise ed univoche definizioni di questi concetti nell'attuale ordinamento giuridico (concetti peraltro obiettivamente sfuggenti e di assai difficile definizione), non può compromettere la tutela di un diritto soggettivo giuridicamente riconosciuto (come quello di rifiutare un trattamento). Se un diritto soggettivo viene riconosciuto, non potrà infatti non essere tutelato, incorrendo altrimenti l'organo di giustizia nell'inammissibile effetto di lasciare senza risposta una pretesa giuridicamente riconosciuta.

La "realizzazione" della persona umana è assunta quale principio fondamentale della Repubblica (art 2 della Costituzione), il che significa che la tutela da

parte degli organi giudicanti di interessi inalienabili della persona può prescindere dalla mediazione legislativa, per la precettività diretta di alcune norme costituzionali.

Altrettanto appare infondata l'obiezione che nel momento della sedazione farmacologia terminale del paziente e del successivo distacco delle apparecchiature di sostegno vitale, si realizzerebbero immediatamente condizioni cliniche di rischio di vita, che configurerebbero automaticamente l'obbligo giuridico dello stesso medico di riattaccare il ventilatore e di riprendere il trattamento interrotto, per la doverosa tutela del bene-vita. Nel decidere ciò, il medico dovrebbe infatti verificare se il suo comportamento non si ponga in contrasto con la regola del divieto di accanimento terapeutico, basato sui principi costituzionali di tutela della dignità della persona e previsto dal Codice di Deontologia Medica (art. 14). La Corte di Appello di Milano (decreto 26.11.99) ha in proposito affermato che **l'obbligo del medico alla cura costituisce un dovere che "si arresta in ipotesi di accanimento terapeutico..."**.

È evidente che in questi casi estremi siamo di fronte a scelte discrezionali affidate al medico, anche se trattasi di scelte **tecnicamente vincolate** dall'art. 37 del Codice di Deontologia Medica che afferma che: **"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 trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita"**.



In conclusione, sulla base di quanto sopra esposto ed in particolare alla luce dei dettati della Costituzione Italiana, del Codice di Deontologia Medica, della Convenzione di Oviedo e di una recente giurisprudenza, e qualora la sedazione farmacologica sia stata effettuata secondo le norme della corretta pratica medica, si ritiene possa essere affermata la **non imputabilità di un medico** che, ottemperando alla volontà validamente espressa e consapevole del malato, dopo aver effettuato la sedazione e distaccate le apparecchiature di sostegno vitale, si sia successivamente astenuto da ogni ulteriore intervento terapeutico atto a tutelare il bene-vita.

Bruno Domenichelli