

Medicina & diritto, i motivi per dire «sì» alle Dat

réclame

I radicali insistono Chi obietta?



Vedendo i manifesti 13x6 con i quali l'Associazione Luca Coscioni ha avviato la sua campagna per il cinque per mille e che raffigurano il protagonista del tanto discusso spot tv per la promozione dell'eutanasia, viene da chiedersi se tale propaganda possa essere oggetto di provvedimenti disciplinari. «È necessario far riferimento all'articolo 46 del Codice di autodisciplina della comunicazione commerciale - spiega il professor Giorgio Floridia, presidente dell'Istituto dell'autodisciplina pubblicitaria - poiché nessuna legge dello Stato è applicabile a questo caso specifico». Tale articolo riguarda «qualsiasi messaggio volto a sensibilizzare il pubblico su temi di interesse sociale». «I promotori dei messaggi - si legge ancora - possono esprimere liberamente le proprie opinioni sul tema trattato, ma deve risultare chiaramente che si tratta di opinioni dei medesimi».

Interessante anche la parte dei divieti, volta a impedire lo sfruttamento indebito della miseria umana nuocendo alla dignità della persona e l'espressione esagerata della natura del problema sociale affrontato. «Certamente questo tipo di comunicazione è suscettibile di giudizio - prosegue Floridia - soprattutto a seconda di come interpretiamo il messaggio: si tratta di istigazione a un atto che in Italia è reato o di una richiesta di legalizzare l'eutanasia conformemente alle proprie idee?». Nei casi più complessi, a esprimersi su eventuali violazioni del Codice è il Giurì, a cui spetta anche la valutazione su eventuali «richiami scioccanti tali da ingenerare ingiustificatamente allarmismi» che potrebbero essere contenuti nei messaggi di comunicazione sociale.

Le segnalazioni da parte di liberi cittadini vanno però inoltrate al Comitato di controllo, organo deputato alla tutela degli interessi dei consumatori. Il Comitato, nel caso vengano ravvisati contrasti con il Codice, può chiedere la modifica del messaggio pubblicitario o addirittura chiederne la sospensione. Le segnalazioni si inviano online all'indirizzo <http://www.iap.it/it/modulo.htm>. (L.Sch.)

Mercoledì (forse) riprende il confronto alla Camera sul disegno di legge che introduce nel nostro Paese le «Dichiarazioni anticipate di trattamento». Un testo che, dettando regole sulla fine della vita,

ha acceso ovviamente dibattiti e polemiche durante gli oltre due anni di riflessione sull'articolato. In questi ultimi mesi «Avvenire» ha prodotto una grande quantità di materiali informativi (archiviati

su www.avvenire.it) che proviamo a riassumere in questi due articoli speculari di sintesi estrema, con le tesi clinico-scientifiche e giuridiche che fanno propendere per il sì a una legge importante.

È il medico che diventa garante e opera per il bene del paziente

Dal punto di vista medico-scientifico, la legge in discussione alla Camera presenta diversi motivi di condivisione, illustrati su queste pagine nelle scorse settimane da molti medici, impegnati in prima linea nell'assistenza ai pazienti più fragili. Innanzi tutto va ricordato che il titolo del disegno di legge è «Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento». La legge si fonda sul principio dell'indisponibilità della vita sancito dall'articolo 2 della Costituzione e ribadisce principi largamente condivisi dalla tradizione ippocratica che vede nel medico una figura di garanzia, che opera in scienza e coscienza per il bene del paziente.

1. Alleanza terapeutica. I termini indicano che medico e paziente instaurano un rapporto di fiducia, mirante a fare il possibile per risolvere il problema di salute del malato. L'obiettivo si raggiunge attraverso il dialogo, dopo che il medico ha presentato al paziente i dati che emergono dalla diagnosi e ha prospettato le soluzioni terapeutiche, con i loro vantaggi e svantaggi. Nel caso di una persona che si trovi nell'incapacità di intendere e volere, mantenere l'alleanza significa per il medico continuare a operare per il bene del paziente. Cioè per salvargli la vita, migliorare il suo stato di salute o, almeno, lenirgli le sofferenze. E come recita la legge (articolo 1, comma 1, lettera d), l'alleanza terapeutica «acquista peculiare valore proprio nella fase di fine vita».

2. Consenso informato. Lunghi dall'essere esaurito da un modulo cartaceo firmato dal paziente, il consenso informato si forma attraverso il confronto tra medico e paziente sulle possibilità di cura. Di fatto, è l'espressione concreta dell'alleanza terapeutica. La legge - tenuto conto dell'articolo 32 della Costituzione («nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge») - prescrive che il consenso sia «esplicito e attuale» e «prestato in modo libero e consapevole» (art. 2 comma 1) e possa sempre essere revocato (art. 2 comma 5). Se il paziente è incapace di esprimersi o interdetto, il consenso viene

prestato dal tutore, mentre in assenza di dichiarazioni anticipate tutto il personale sanitario «è tenuto a operare avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della salute del paziente».

3. Dichiarazioni anticipate. Sono una forma di comunicazione che la persona lascia per quando, futuro paziente, potrebbe essere non in grado di esprimersi. La definizione di «testamento» - oltre a suggerire una forma di disponibilità della vita - avrebbe avuto un valore vincolante. Anche se questo è un punto molto contestato, è evidente - fanno notare gli operatori sanitari - che il medico non può essere obbligato a obbedire a disposizioni - previste anche anni prima della patologia - redatte in condizioni ben diverse da quelle di malattia e quindi senza la necessaria informazione. Senza contare che il progresso scientifico potrebbe nel frattempo avere modificato aspetti cruciali delle possibilità terapeutiche. Il medico non può essere trasformato in un mero esecutore di desideri - per quanto legittimi - del paziente: lo impediscono le caratteristiche di un professionista che in virtù di un codice deontologico è sempre stato tenuto a operare «in scienza e coscienza» per garantire la salute e



la vita del paziente.

4. Nutrizione e idratazione. Rappresentano il punto più dibattuto. Sebbene spesso garantite da procedure mediche (per esempio la realizzazione della Peg, piccola valvola inserita sulla parete dello stomaco), alimentazione e idratazione non curano alcuna malattia, e non possono quindi essere definite una terapia. Anche la persona più sana muore se privata di cibo e acqua. Risulta evidente quindi come non possano far parte di una dichiarazione anticipata in relazione ai trattamenti sanitari. La legge prevede che debbano «essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo» (art. 3 comma 5). Perché la legge vieta espressamente anche l'accanimento terapeutico (art. 1 comma 1 lettera f).

Enrico Negrotti

Un provvedimento necessario per ripristinare la piena legalità

Arginare sentenze creative. La necessità di normare sul fine vita nasce dalla necessità di mettere ordine in una disciplina regolata finora dalla giurisprudenza e codificare regole chiare. Soprattutto dopo la sentenza Englaro, nell'ordinamento hanno trovato spazio principi fino a quel momento sconosciuti. Anche se si tratta, per ora, di una sola sentenza, l'organo che l'ha emanata è così autorevole (la Cassazione) e la materia così delicata che un ordinamento democratico non può permettersi di attendere che altri casi siano lasciati all'arbitrio dei giudici.

1. Non bastano norme su omicidio consenziente e suicidio assistito. Si sostiene che per attuare quanto al punto precedente siano sufficienti le norme del codice penale che puniscono l'omicidio del consenziente e il suicidio assistito. Il verificarsi del caso Englaro ha però dimostrato che tali paletti non sono più sufficienti per disciplinare il fine vita, ambito ben più articolato e complesso rispetto alle fattispecie previste dal nostro Codice. Tra l'altro, queste due norme non vengono mai prese in considerazione né citate nella sentenza Englaro.

2. Legge sul consenso informato. Il consenso informato è finora stato seguito come prassi, regolato solo dalla giurisprudenza. Ci sono diverse pronunce che affrontano questo tema, talvolta anche con orientamenti differenti l'una dall'altra. È importante avere una legge che finalmente lo disciplini.

3. Alleanza terapeutica, non medicina contrattualistica. La legge su consenso informato, alleanza terapeutica e dichiarazioni anticipate di trattamento stabilisce la centralità della relazione medico-paziente e scongiura il rischio di un'impostazione contrattualistica della medicina, dove il medico viene deresponsabilizzato e diventa mero esecutore delle volontà del paziente.

4. No all'eutanasia, suicidio assistito, abbandono terapeutico e accanimento. Diventa esplicito per legge il divieto di queste pratiche, anche se nella proposta di legge non ne viene data una definizione. È sancita anche la tutela della vita umana quale diritto inviolabile e indisponibile anche nel caso

di persone non più capaci di intendere e di volere.

5. Norme chiare sul consenso anticipato. Nel caso in cui la persona non sia più capace di intendere e di volere, il dialogo tra medico e paziente prosegue attraverso la presenza delle Dat e del fiduciario. Non possono essere prese in considerazione dichiarazioni espresse al di fuori dei modi previsti dalla legge.

6. Idratazione e alimentazione. Nelle diverse forme in cui possono essere fornite al paziente devono essere mantenute fino al termine della vita, a eccezione del caso in cui non siano più efficaci nel fornire al paziente i principi nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Non possono essere oggetto di Dat. Questa previsione scongiura possibili casi di abbandono di pazienti attraverso la sospensione della somministrazione dell'alimentazione o idratazione.

7. Assistenza ai soggetti in stato vegetativo. L'assistenza ai soggetti in stato vegetativo diventa livello essenziale di assistenza al fine di garantire l'accesso e l'equità nelle cure.

8. Rinvio alla legge cure palliative. La legge sulle Dat ribadisce il diritto alle cure palliative e rinvia alla legge in materia, approvata dal Parlamento un anno fa. La risposta al dolore, soprattutto in fase terminale, è l'alleviamento delle sofferenze attraverso la terapia del dolore, non l'eliminazione del dolore attraverso l'eliminazione della persona, anche se questo comporta un maggiore investimento in termini di risorse da parte dello Stato.

9. Registri comunali. Una prassi che si è diffusa in numerosi comuni, nelle more del legislatore, è la disciplina municipale del fine vita. Alcuni consigli comunali hanno deliberato la possibilità di depositare in municipio moduli con dichiarazioni anticipate di trattamento. Alcuni Comuni hanno anche proposto dei modelli precompilati. Questi moduli non hanno valore a livello giuridico, ma evidenziano la necessità di codificare a livello nazionale una disciplina sul fine vita.

Ilaria Nava

news

♦ **«Risveglio» in cerca di risorse**
L'associazione Risveglio è una onlus impegnata in favore delle persone con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite. Sostiene le famiglie e favorisce la realizzazione di strutture scientificamente e socialmente adeguate a seguire il percorso delle persone così duramente colpite, per questo chiede una mano a chi volesse destinare il 5xmille (www.associazionerisveglio.net).

♦ **Londra frena sui bimbi con 3 genitori**
«Prima di utilizzarlo sugli uomini servono ulteriori studi»: è questo l'altolà dell'Authority per la fertilità umana e l'embriologia del Regno Unito a proposito del trattamento di procreazione noto come «fecondazione in vitro dei tre genitori». A segnalarlo è la Bbc. La tecnica consiste nel sostituire il materiale mitocondriale difettoso dell'ovulo materno o nell'embrione fertilizzato con quello di un donatore sano. Il che significa che il nascituro avrà una piccola parte di materiale genetico del donatore, dunque tre genitori.

diritto & rovescio

Vita da tutelare. Anche per i minori



Il tema nevralgico del consenso informato, che la legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) ritiene necessario per attivare i trattamenti sanitari merita un supplemento di riflessione specie quando si tratti della salute e della vita di minori. Attualmente il nostro ordinamento non prevede alcuna norma che assegni ai soggetti esercenti la potestà genitoriale (e al tutore nel caso di incapaci maggiorenni) il potere di decidere dei trattamenti terapeutici da somministrare. Inoltre, prima del caso Englaro, la giurisprudenza riteneva che non fosse ammissibile esercitare poteri rappresentativi rispetto alle decisioni sulle cure, in quanto, secondo il dettato costituzionale, ragioni di solidarietà imporrebbero di praticare in ogni caso le cure mediche necessarie a chi non sia in grado di consentirvi.

Dopo il caso Englaro, si è aperto un varco per gli incapaci maggiorenni: il tutore può fungere da alter ego nella relazione con il sanitario, così da rappresentare i desideri e le scelte del suo assistito. Per il minore le cose stanno in modo diverso, in quanto gli stessi desideri di quest'ultimo, ove sia in grado di esprimersi, scontano comunque una non piena maturità, dovuta proprio alla giovane età, con la conseguenza che, ove volti al rifiuto delle cure, non possono condizionare le scelte di chi ne ha la tutela, il quale ha l'obbligo legale di proteggere la salute e la vita dei figli. Sono dunque illecite decisioni di ri-

Sono illecite decisioni di genitori e tutori che portano al rifiuto della cura e che vanno contro la protezione della salute e della integrità di chi non ha ancora raggiunto la maggiore età. Ma per scongiurare qualunque situazione di abbandono terapeutico occorre poter attivare sempre le terapie necessarie

fuito di cura che vanno contro la protezione della vita e della salute del minore.

La legge in discussione alla Camera prevede che tanto nel caso di consenso informato espresso dal tutore per i soggetti incapaci, quanto per quello espresso dal genitore per i figli, tali decisioni non possano giammai pregiudicare la salute dell'assistito, così parificando le due situazioni e perciò riassegnando anche al tutore pieni compiti di protezione della salute del suo assistito, in contrasto con la decisione del caso Englaro, che aveva consentito proprio al tutore di sospendere un presidio vitale. Proprio questa appare, dunque, l'ancora di salvataggio per scongiurare ipotesi di abbandono terapeutico. Ma cosa accade concretamente se comunque il consenso non viene espresso, anche se ciò fosse doveroso in quanto necessario per la salvaguardia della salute dell'assistito? Il medico può attivarsi autonomamente? In effetti in questo caso, prima di agire, il medico dovrebbe

ottenere un'autorizzazione giudiziaria, avendo l'obbligo di attivare la terapia solo in casi di complicanze gravi ed eventi acuti.

Ma nel caso della tutela di un maggiorenne, la concreta possibilità di un'inerzia colpevole del tutore è scongiurata dalla percezione del medico e talvolta dalle stesse residue capacità dell'assistito, in grado di allertare su perpetrarsi di una decisione illecita da parte del tutore, con la conseguente attivazione di iniziative volte a ottenere l'autorizzazione giudiziaria. Così del resto, anche nel caso di quei minori di età in grado di esprimere desideri e preferenze, il disegno di legge obbliga ad ascoltare attentamente, si rende evidente l'eventuale illiceità del comportamento dell'esercente la potestà, con i conseguenti provvedimenti del giudice della tutela. Mentre appare del tutto diversa la vicenda del minore incapace di esprimersi compiutamente o non in grado di farlo.

In questi casi, ancorché la legge preveda che la decisione del genitore sia comunque volta alla salvaguardia della salute del minore, l'assenza di un alter ego effettivo a chi prenderà la decisione, ove coincida con una scarsa sensibilizzazione della struttura di cura, potrebbe comportare vere e proprie situazioni di abbandono terapeutico (per esempio i neonati prematuri). Per scongiurare tali zone grigie, senza tutela effettiva, occorre allora prevedere che in caso di minore di età incapace di rappresentare desideri e scelte, non sia richiesto il consenso informato dei genitori per attivare una terapia necessaria.