

prof. LUCIANO EUSEBI
Università Cattolica - Piacenza

NOTE SUI DISEGNI DI LEGGE CONCERNENTI
IL CONSENSO INFORMATO E LE DICHIARAZIONI
DI VOLONTÀ ANTICIPATE NEI TRATTAMENTI SANITARI (*)

SOMMARIO: 1. L'ampio consenso possibile sulla rinuncia alle terapie sproporzionate o attuate in fase terminale e sulla garanzia delle cure palliative. – 2. L'inaccettabilità del diritto di richiedere una relazione intersoggettiva orientata alla morte e di una configurazione del rapporto medico riducibile al modello contrattualistico. – 3. I rischi di una radicale soggettivizzazione del rapporto medico rispetto alla tutela dei soggetti più deboli. – 4. L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sul principio di autonomia. – 5. L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sulla non coercibilità di determinati interventi nei confronti della persona cosciente. – 6. L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sull'art. 32² della Costituzione. – 7. L'oggetto delle dichiarazioni anticipate. – 8. La garanzia delle condizioni ordinarie dell'esistenza (idratazione, alimentazione, respirazione). – 9. Il carattere «non vincolante» delle dichiarazioni anticipate. – 10. Il carattere «facoltativo» delle dichiarazioni anticipate. – 11. (*Appendice*) Risposte a quesiti proposti dai membri della Commissione.

1. *L'ampio consenso possibile sulla rinuncia alle terapie sproporzionate o attuate in fase terminale e sulla garanzia delle cure palliative*

I temi proposti dal dibattito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento e sull'eutanasia sono suscettibili di aggregare un ampio consenso, nel Paese, intorno ai seguenti punti:

- a) Può trovare esplicito riconoscimento normativo il fatto che non sono

* Note presentate alla Commissione Igiene e Sanità del Senato nell'audizione di giovedì 12 ottobre 2006.

Per più ampie argomentazioni di chi scrive circa le problematiche presupposte dal tema in oggetto si senta il rinvio ai contributi: *Il principio di autonomia. Prospettive di una ricostruzione non orientata in senso eutanasi*, relazione svolta al convegno per il XV anniversario di istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica, Roma, 2005, in *Medicina e Morale*, 2006, 6, pp. 1147-1161; *L'eutanasia come problema giuridico*, in *Ragion pratica*, 19/2002, p. 99 ss.; *Il diritto penale di fronte alla malattia*, in L. FIORAVANTI (a cura di), *La tutela penale della persona. Nuove frontiere, difficili equilibri*, Milano, 2001, p. 119 ss.; *L'autonomia delle decisioni mediche*, in *L'Arco di Giano*, 25/2000, p. 11 ss.; *Tra indisponibilità della vita e miti di radicale disponibilità soggettiva della medicina: il nodo dell'eutanasia*, in C. VIAFORA (a cura di), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Padova, 1996, p. 233 ss.; *Sul mancato consenso al trattamento terapeutico: profili giuridico-penali*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1995, 3, p. 727 ss.

dovuti trattamenti terapeutici sproporzionati o inerenti a contesti patologici ormai terminali, ferma una definizione corretta di stati condizioni.

Il giudizio di proporzionalità, infatti, non va riferito al superamento di soglie standard, come accadrebbe se si affermasse, per esempio, che in tutti i casi di tumore metastatico sarebbe a priori sproporzionato fare più di un dato numero di cicli chemioterapeutici, bensì va riferito a ciascun singolo paziente con riguardo al momento in cui si debba prendere la decisione, valutando in rapporto alla sue condizioni se risulti eventualmente sproporzionato il rapporto fra i benefici prevedibili derivanti dall'applicazione di una data terapia e le menomazioni, i danni o le sofferenze a loro volta prevedibili come conseguenza dell'applicazione di quella medesima terapia.

La fase terminale, per parte sua, va individuata nell'instaurarsi irreversibile del processo di morte (condizione pre-agonica e agonica).

Il giudizio di proporzionalità si configura strutturalmente *oggettivo* e impone la trasparente individuazione nell'ambito della comunità medica, secondo ciò che è tipico del confronto in una società aperta e democratica, delle criteriologie d'intervento in situazioni complesse.

Ciò, peraltro, non esclude che ai fini del giudizio di proporzionalità possano assumere rilievo considerazioni riferibili alla personalità e alla vicenda esistenziale del malato.

b) Deve essere tutelata quanto più possibile la qualità della vita di tutti i malati, e dunque anche dei malati che non hanno prospettive di guarigione. In particolare, deve essere garantito il c.d. diritto di non soffrire, rendendo effettivamente disponibile in tutte le situazioni che ne abbiano necessità la terapia del dolore, entro il contesto più vasto degli interventi propri della c.d. medicina palliativa.

Tale impegno deve riflettersi sul piano legislativo, costituendo un dovere irrinunciabile per un'attuazione sostanziale della democrazia.

2. *L'inaccettabilità del diritto di richiedere una relazione intersoggettiva orientata alla morte e di una configurazione del rapporto medico riducibile al modello contrattualistico*

Ciò che invece, ad avviso di chi scrive, deve ritenersi inaccettabile perché tale da costituire una forzatura sia rispetto ai principi cardine del sistema giuridico, sia rispetto alla sensibilità diffusa nel Paese, è il trasferimento della risposta ai temi summenzionati sul piano di una radicale soggettivizzazione

decisionale, quale si realizzerebbe:

a) attraverso il riconoscimento del diritto a esigere che la relazione col medico – in contesti nei quali non vengano affatto in gioco interventi sproporzionati e, in particolare, il c.d. accanimento terapeutico – possa essere orientata (in modo attivo o astensivo) non già alla tutela della salute, ma al realizzarsi della morte;

b) attraverso una definizione giuridica dell'attività medica di tipo puramente contrattuale, che trasformerebbe la medicina da disciplina portatrice di criteriologie d'intervento non derogabili definite nell'ambito della comunità medica, a mera tecnica applicabile in base all'incontro della volontà di un richiedente e della disponibilità di un sanitario a una determinata prestazione;

Appare dunque necessaria molta attenzione nel momento in cui s'intenda definire normativamente l'attività medica, posto che il limitarsi alla menzione di profili pur fondamentali del rapporto tra medico e paziente (consenso informato, ecc.) potrebbe condurre, di fatto, ad accogliere una prospettiva contrattualistica.

Si consideri, d'altra parte, come in molteplici settori della vita economica e civile l'ottica puramente contrattualistica sia stata ritenuta non conforme ai principi dello stato sociale di diritto proprio perché non in grado di tutelare adeguatamente le posizioni più deboli.

In proposito non si può non evidenziare che un'eventuale normativa sulle dichiarazioni anticipate, facendo ricorso a modelli propri del diritto privato (e ciò tanto più ove si parli impropriamente di «testamento»), finisce facilmente per prestarsi – ove non si ponga la massima attenzione in sede redazionale per evitarlo – all'introduzione esplicita o implicita della logica contrattualistica nell'attività medica, aprendo di fatto proprio su questa via a condotte di natura eutanassica.

3. I rischi di una radicale soggettivizzazione del rapporto medico rispetto alla tutela dei soggetti più deboli

Non a caso, del resto, una radicale soggettivizzazione del rapporto col medico implicante l'apertura a prassi eutanassiche finisce per indebolire la tutela *effettiva* del malato. Esistono in questo senso molte ragioni, la cui considerazione appare imprescindibile proprio in un contesto laico democratico e plu-

ralista, che orientano a non rendere giuridicamente disponibile il bene vita. Questi alcuni dei nodi più delicati:

a) la previsione del «diritto a morire» si converte facilmente nella colpevolizzazione dei malati e dei loro congiunti che dovessero richiedere ulteriori investimenti di risorse socio-sanitarie, una volta superate – pur in assenza di accanimento e situazioni analoghe – soglie relative alle condizioni di salute oltre le quali si proponesse come giustificata la rinuncia alla tutela;

b) parallelamente, la presentazione della medicina in veste di attività senz'altro aggressiva, dalla quale il malato, a un certo punto, dovrebbe comunque difendersi utilizzando il diritto all'autodeterminazione, favorisce, in concreto, spontanee uscite di scena dei sofferenti – anche quando non sia in gioco alcuna forma di accanimento – molto vantaggiose dal punto di vista dei costi economici, e che nessuno (*nessun potere*) potrebbe esporsi a sollecitare in modo esplicito;

c) la configurazione come *diritto* dell'intento di vedere realizzata (sempre in contesti estranei all'*accanimento*) la propria morte impedirebbe, una volta espressa la volontà di rinunciare alle terapie da parte del paziente, qualsiasi atto inteso anche sul piano del dialogo e della persuasione a contrastare simile intento, imponendone la pura presa d'atto; esito, questo, tanto più insoddisfacente se si considera, alla luce della letteratura psicologica, che...

d) ...la dichiarazione di voler morire da parte del malato, ben lungi dal rappresentare una manifestazione di libertà, cela quasi sempre un contesto di *abbandono terapeutico* e rappresenta un appello (non di rado il malato ha solo la sua vita da mettere in gioco) alla presa in carico della sua situazione esistenziale attraverso la vicinanza umana e gli interventi di sostegno palliativo, anche quando non sia ormai possibile contrastare l'evolversi di una data patologia: realtà, questa, di cui l'ordinamento giuridico non può non tener conto, privilegiando una formalizzazione deresponsabilizzante dei rapporti;

e) la totale soggettivizzazione dei problemi afferenti alla tutela della vita carica il malato e il suo contesto familiare, venuto meno il riferimento a criteri giuridicamente condivisi, di un onere psicologico enorme, il quale risulta angoscioso e destabilizzante, nonché foriero di gravosi rimorsi;

f) appare in ogni caso alquanto equivoco il fatto che il diritto, costituente per sua natura una risorsa a sostegno degli individui più deboli o in difficoltà, possa di fatto esonerarsi dall'intervento in favore dei medesimi consentendo il

venir meno della loro esistenza, cioè della situazione stessa che si configura come appello al suo attivarsi;

g) del pari, appare non privo di equivocità, ma anche discutibile sotto il profilo della laicità, un diritto il quale, piuttosto che limitarsi a garantire il massimo impegno in favore dei più deboli, si avventuri nell'individuare situazioni estranee a contesti di accanimento – lasciando intendere un giudizio di minor valore della vita quando esse si manifestino – in cui consentire la collaborazione all'altrui proposito di lasciar intervenire la propria morte;

h) rimettere giuridicamente alla (auto)determinazione delle parti coinvolte la stessa salvaguardia della vita significa aprire, come già osservavamo, a una visione contrattualistica del rapporto medico, che favorisce ben noti atteggiamenti di natura cautelativa, intesi a minimizzare i rischi di responsabilità medica per eventuali eventi avversi, piuttosto che a perseguire il miglior interesse del malato;

i) ammessa la disponibilità del bene vita nell'ambito del rapporto medico diviene molto labile il confine – lo testimoniano, tra l'altro, le recenti proposte olandesi concernenti i minori e la fase neonatale – con logiche di eutanasia *tout court* involontaria.

4. *L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sul principio di autonomia*

Si consideri, inoltre, che sarebbe scorretto ricondurre, come talora avviene, il riconoscimento del «diritto di morire» al principio di autonomia. Se infatti quel principio impone il mutuo rispetto fra gli esseri umani quali *soggetti morali* dotati di autonomia, appare del tutto contraddittorio, com'è ampiamente evidenziato in sede filosofica, giustificare in rapporto a tale principio l'intento di vedere realizzata la soppressione del proprio stesso esistere in quanto soggetto morale, e con ciò della propria stessa autonomia.

Significativamente, del resto, la sentenza 29-4-2002 della Corte Europea per i diritti dell'uomo (caso *Pretty*) chiarifica come l'art. 2, parte prima, della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali – secondo cui «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge» – non esprima un intento di tutela riferito, e con ciò suscettibile di poter essere circoscritto, alla *volontà di vivere* dell'individuo, bensì abbia riguardo alla vita di un individuo umano quale bene giuridico autonomo.

Autorizzare una relazione intersoggettiva orientata alla morte significherebbe – anzi – incidere sul cardine stesso della democrazia, vale a dire sulla circostanza ai sensi della quale la tutela della vita di ciascun individuo costituisce presupposto del reciproco riconoscimento fra gli esseri umani come soggetti eguali in dignità, riconoscimento il quale esige di essere sottratto a qualsivoglia giudizio sulle caratteristiche di una data esistenza (foss'anche al giudizio di taluno *contro* la sua stessa vita).

Non a caso, l'ordinamento giuridico non autorizza, oggi, alcuna forma di relazione intersoggettiva che sia programmaticamente orientata al prodursi della morte di uno dei soggetti coinvolti (salva solo forse, ma confidando che anche questo possa essere superato, l'uccisione del nemico in guerra).

5. *L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sulla non coercibilità di determinati interventi nei confronti della persona cosciente*

Talora la richiesta che sia riconosciuto il c.d. diritto a morire viene riferita alla non coercibilità di una relazione terapeutica implicante interventi diretti sull'intimità della sfera corporea di una persona che coscientemente si opponga. Si tratta, tuttavia, di questioni non sovrapponibili.

Riconoscere la non coercibilità, salva autorizzazione legale, dell'instaurazione di un rapporto terapeutico non implica che sussista il diritto di morire e di richiedere che la relazione col medico, una volta instaurata, si orienti alla morte.

Se un simile diritto venisse riconosciuto ne deriverebbe addirittura, come già si evidenziava, il venir meno del diritto/dovere per il medico di attivarsi, nel quadro della posizione di garanzia di cui è titolare rispetto alla salute del malato, con tutti i mezzi di persuasione e di sostegno necessari affinché una relazione terapeutica non sproporzionata possa instaurarsi.

Ciò implica altresì che l'eventuale instaurazione futura di un rapporto terapeutico non può essere sottoposta alla condizione che, in presenza di talune circostanze, essa venga ad assumere un orientamento alla morte del paziente, sebbene tali circostanze non individuino contesti implicanti forme di intervento sproporzionate e, dunque, di accanimento.

Per le medesime ragioni non può essere richiesto al medico di interrompere una terapia salvavita in atto, ove la prosecuzione di tale terapia non assuma affatto contorni di accanimento.

6. *L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sull'art. 32² della Costituzione*

Nulla cambia, in questo senso, ove si faccia riferimento all'art. 32² Cost., il quale afferma che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», precisando altresì che «la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Quanto abbiamo sostenuto si pone, a ben vedere, in totale continuità con tale norma, che non ha affatto l'intento di affermare costituzionalmente il diritto di morire, né di fondare il diritto a relazioni mediche orientate al prodursi della morte.

Va tenuto presente, piuttosto, che tale norma fu inserita nella Costituzione – avendo riguardo agli abusi disumani avvenuti nei campi di sterminio – non per affrontare le problematiche del rapporto terapeutico tra medico e paziente, bensì per precisare che nessun potere (lo Stato, ma anche il datore di lavoro, la compagnia titolare di una polizza assicurativa, una società sportiva, ecc.) può pretendere di imporre a un individuo un intervento rilevante in rapporto alla salvaguardia della sua salute, al di fuori della sua relazione personale col medico di cui abbia fiducia.

L'art. 32² Cost. vuole che la salute sia materia riservata al rapporto del paziente col proprio medico, senza che alcun potere possa pretendere di compiere atti incidenti, per l'appunto, sulla sfera della salute: tale articolo, invece, non dice né innova alcunché circa le caratteristiche del rapporto terapeutico.

7. *L'oggetto delle dichiarazioni anticipate*

Nel quadro che abbiamo descritto eventuali dichiarazioni anticipate di trattamento o interventi di soggetti fiduciari non potranno avere per oggetto vincoli di carattere eutanasi (secondo l'espressione utilizzata nelle conclusioni del parere approvato in materia nel 2003 dal Comitato Nazionale per la Bioetica), cioè comportanti l'orientamento di un futuro rapporto terapeutico alla morte del dichiarante in contesti nei quali non si tratti della rinuncia a strumenti terapeutici sproporzionati.

Le dichiarazioni anticipate appaiono invece legittimate a fornire indicazioni decisive per tutti quei contesti in cui siano in gioco alternative terapeutiche non riconducibili a una scelta tra la vita e la morte del paziente, come pure a offrire elementi rilevanti affinché, secondo quanto più sopra si precisava, il giudizio circa la proporzionalità di un dato intervento possa tener conto an-

che della personalità e della vicenda esistenziale del soggetto interessato.

Esse, inoltre, sono in grado di dar conto, con palesi riflessi tranquillizzanti per i contesti familiari e per il personale sanitario, del fatto che il dichiarante accetti serenamente la non instaurazione di terapie sproporzionate, peraltro non dovute, salvo, sussistendo certe condizioni, un opposto desiderio esplicito del malato.

8. *La garanzia delle condizioni ordinarie dell'esistenza (idratazione, alimentazione, respirazione)*

Va infine precisato che non potrà mai essere richiesta l'interruzione di quelle cure, sempre dovute, le quali garantiscono ciò che è necessario per vivere a ogni individuo, sia egli sano o malato, come l'idratazione, l'alimentazione, la respirazione: salva pur sempre la necessità di valutare se siano proporzionate nel caso concreto le modalità, ad esempio chirurgiche, d'intervento che risultino necessarie per attivarle (cfr. in proposito il parere approvato nel 2005 dal Comitato Nazionale per la Bioetica su *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*).

9. *Il carattere «non vincolante» delle dichiarazioni anticipate*

Sarà peraltro necessario che la pertinenza delle dichiarazioni anticipate rispetto alla situazione concreta – in rapporto alla prevedibilità di quest'ultima all'epoca delle medesime, al rilievo che può avere il mutare dell'atteggiamento psicologico dinanzi a una situazione non ancora attuale o resasi ormai tale, nonché al possibile evolversi del quadro delle terapie praticabili – resti rigorosamente affidato al medico, prevedendo (come indicato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, in conformità alla norma corrispondente della Convenzione di Oviedo) la natura *non vincolante* delle eventuali dichiarazioni, natura che non esclude il dovere di motivazione del medico.

Ogni diversa soluzione (anche nel caso in cui si prevedesse che le dichiarazioni siano comunque effettuate con l'assistenza di un sanitario) priverebbe il medico dell'aspetto più essenziale della sua professionalità, che consiste nell'essere chiamato a conformare la sua condotta terapeutica al giudizio in scienza e coscienza circa l'attualità della situazione del malato.

10. *Il carattere «facoltativo» delle dichiarazioni anticipate*

È del tutto ovvio che l'espressione di dichiarazioni anticipate non potrà che rimanere totalmente libera e discrezionale. Il cittadino non può essere paradossalmente privato, in nome dell'autodeterminazione, del diritto di affidarsi ai criteri ordinari di diligenza e perizia che devono informare la prestazione dell'attività sanitaria, venendo in tal senso obbligato a prevedere rispetto a una situazione futura e incerta (quale che sia il suo livello di preparazione in ambito medico) specifiche modalità dell'intervento sanitario. Ciò finirebbe davvero per ledere il diritto costituzionale alla tutela della salute. La garanzia degli strumenti proporzionati alla salvaguardia della salute, dell'integrità fisica e, pertanto, della vita non può essere condizionata, infatti, a obblighi di dichiarazione.

11. *(Appendice) Risposte a quesiti proposti dai membri della Commissione*

a) Mi viene sottoposto il problema delle difficoltà che insorgono nel determinare in concreto quando sussista accanimento terapeutico, vale a dire quando una terapia possa definirsi sproporzionata.

In altre parole, essendosi prestata notevole attenzione – di cui sono grato – ai rischi che segnalavo, in rapporto alle persone più deboli, di una radicale soggettivizzazione del rapporto medico che riconduca quest'ultimo al modello contrattualistico, mi si chiede se sia possibile realizzare un accordo condiviso su ciò che nei diversi contesti dell'attività medica debba considerarsi *oggettivamente* proporzionato o non proporzionato.

Risposta: Vorrei ribadire, innanzitutto, che la riconduzione dei rapporti più delicati per la tutela dei diritti fondamentali al mero incontro contrattuale delle volontà dei soggetti coinvolti pone enormi problemi rispetto alla salvaguardia delle posizioni più deboli, come del resto insegna, per esempio, la storia delle relazioni fra lavoratori e datori di lavoro. In questo senso, è altissimo il rischio che un'impostazione rigorosamente «liberistica» della relazione medica – e con essa la possibilità di richiedere l'orientamento di quest'ultima alla morte anche in contesti nei quali non venga affatto in gioco l'accanimento terapeutico – si risolva in un'enorme pressione di fatto sui malati non più guaribili a scegliere di *fare un passo indietro*, liberando la società dai costi ingenti della loro tutela (tanto più ove la medicina venga presentata all'opinione pub-

blica come disciplina dai comportamenti poco affidabili, nei cui confronti ci si dovrebbe «difendere» facendo valere il diritto all'autodeterminazione).

Ciò premesso, è vero che non è semplice definire con precisione che cosa sia da ritenersi oggettivamente sproporzionato, e dunque «accanimento», nel caso concreto. Tuttavia, da sempre le diverse branche della medicina elaborano, in realtà, criteriologie comportamentali di proporzionalità degli atti terapeutici, che è bene rendere trasparenti e discusse in modo aperto, secondo il metodo democratico, nella comunità medica e nella società: a questi fini un ruolo importante potrebbe essere svolto dallo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica.

Del resto, non appare coerente eludere la complessità del problema affidandone la soluzione a mere manifestazioni soggettive di volontà che quasi mai si fondano su competenze idonee a considerare tutti gli elementi in gioco e che comunque, quando non volessero risultare puramente emotive, presupporrebbero la richiesta al medico delle informazioni necessarie proprio per stabilire se un determinato intervento terapeutico sia o meno da ritenersi adeguato, cioè proporzionato, rispetto alla situazione concreta di malattia.

Non si vede, inoltre, come scelte terapeutiche da cui dipenda la tutela della vita, per esempio, di un bambino potrebbero essere affidate alla pura e semplice decisione di un rappresentante legale, svincolata dall'ancoramento a criteriologie di proporzionalità obiettiva riferite all'intervento di cui si discute.

Riterrei, peraltro, che la definizione di proporzionalità che ho proposto al primo punto del mio contributo rappresenti un orientamento piuttosto preciso, utile a evitare una serie di equivoci.

In ogni caso, quando rispetto a determinate situazioni concrete non fosse possibile derivare dal criterio di proporzionalità una soglia netta che segni il confine dell'accanimento, sussistendo tuttavia condizioni obiettive in presenza delle quali l'interrogativo sull'accanimento risulti effettivamente proporsi, potrebbe avere spazio legittimo, come precisavo, il riferimento a considerazioni riferibili alla personalità e alla vicenda esistenziale del malato: non, dunque, nell'ottica di una soggettivizzazione delle scelte sulla vita, ma pur sempre entro l'ambito di binari oggettivi al cui interno tali considerazioni appaiano necessarie proprio per concretizzare il giudizio di proporzionalità (in tal modo si eviterebbe altresì che in situazioni particolari di questo tipo, nelle quali non risultasse possibile fissare il confine dell'accanimento in modo del tutto univoco, il paziente finisca per vedersi privato di determinate terapie *contro* la sua volontà).

b) Viene sollevato il problema del rapporto fra anticipazione delle dichiarazioni e riferibilità delle medesime alla situazione attuale del malato e viene altresì sottolineato il ruolo della «persona» nella relazione terapeutica.

Risposta: Ritengo che proprio il nodo dell'inattualità delle dichiarazioni anticipate rispetto al manifestarsi della situazione cui si riferiscono – sia dal punto di vista psicologico, sia in rapporto alla non prevedibilità di tutte le caratteristiche della patologia successivamente intervenuta, come pure all'evoluzione dei mezzi terapeutici – imponga il carattere *non vincolante* per il medico delle medesime (il che, come già si osservava, non esclude la richiesta di motivazione), conformemente alla Convenzione di Oviedo.

Non può che essere il medico, infatti, il soggetto depositario del giudizio sulla pertinenza delle dichiarazioni, sia con riguardo alla patologica in atto, sia con riguardo al rispetto delle norme deontologiche e della legge; del resto, il medico non potrebbe mai essere costretto ad agire contro la sua valutazione «in scienza e coscienza».

Anche le eventuali dichiarazioni anticipate dovrebbero pertanto essere inquadrare, al pari del consenso informato, nell'ambito dell'«alleanza terapeutica» tra medico e paziente, e non quali strumenti contrattuali che riducano il medico a esecutore vincolato di qualsiasi espressione formale di volontà.

Condivido pienamente il richiamo alla centralità della persona: sebbene la terminologia giuridica imponga il riferimento alla condizione di *paziente* o *malato*, va tenuto infatti per fermo che quanto ci deve costantemente animare è, per l'appunto, lo scopo di garantire al meglio la dignità della persona. Per parte mia, proprio in questo senso ho inteso sottolineare i rischi, e dunque l'inopportunità, di una radicale «contrattualizzazione», aperta a prospettive eutanasiche, del rapporto terapeutico.

c) Richiamata l'esigenza di precisare i requisiti che dovrebbero caratterizzare l'eventuale rilievo della figura del fiduciario, viene sollevato il problema del possibile mutamento, anche in rapporto al caso Terry Schiavo, dei rapporti fra fiduciario (o rappresentante) e paziente.

Risposta: In proposito ritengo utile rammentare che le diverse figure di «rappresentante» previste nel nostro ordinamento non hanno poteri puramente discrezionali, bensì devono agire nell'interesse oggettivo dell'assistito e in piena conformità alla legge. Ne deriva che attraverso l'eventuale istituto del fiduciario, come pure attraverso la stessa formulazione di dichiarazioni antici-

pate, non può essere modificato il quadro dei diritti e degli obblighi sanciti dalla legge in rapporto all'attività medica, quadro che non prevede il diritto di richiedere una relazione sanitaria orientata alla morte.

Proprio la legge, del pari, è chiamata a farsi carico di quei contesti in cui l'esistenza di un oggettivo conflitto d'interessi renda inopportuna l'assunzione o la prosecuzione di un qualsivoglia ufficio rappresentativo.

Tutto questo rende tra l'altro evidente che l'espressione di direttive anticipate non suppone la modifica del summenzionato quadro dei diritti e degli obblighi relativi all'esercizio della medicina, per cui la rilevanza di eventuali direttive anticipate entro l'ambito di quei diritti e di quegli obblighi non esige necessariamente, a ben vedere, una legislazione specifica e, dunque, potrebbe trovare spazio anche in sua assenza.

Ove, invece, attraverso la normativa sulle direttive anticipate s'intendesse *innovare* rispetto ai principi che presiedono all'esercizio stesso della medicina, ciò andrebbe reso esplicito e dovrebbe costituire oggetto di un'attenta riflessione, alla luce dei rischi assai gravi che ne deriverebbero, come ho cercato di illustrare, proprio con riguardo alla tutela delle persone più deboli.

La precisazione secondo cui non sono dovute terapie sproporzionate, costituenti accanimento terapeutico, non rappresenterebbe affatto, invece, un elemento di rottura rispetto al quadro dei principi vigenti.

d) Mi viene richiesto di precisare il rapporto tra la problematica in esame e l'atteggiamento del diritto nei confronti del suicidio (anche con riguardo al rifiuto della nutrizione).

Risposta: L'ordinamento giuridico molto opportunamente non punisce il tentato suicida, ma nel contempo non autorizza alcuna relazione intersoggettiva orientata a favorire la preparazione e la realizzazione di un suicidio: lo si evince dall'art. 580 cod. pen. che punisce l'istigazione e l'aiuto al suicidio, come pure dalla circostanza per cui l'intento suicida non esonera certamente il medico dal dovere di tentare il salvataggio di chi abbia agito contro la propria vita.

In questo senso, dunque, il suicidio non è punito (dev'essere ben altro il modo di rimotivare alla vita e alla responsabilità sociale il tentato suicida), ma non costituisce affatto una condotta indifferente per il diritto o addirittura lecita.

Nella problematica complessivamente riferibile al tema dell'eutanasia abbiamo invece sempre a che fare – non dobbiamo mai dimenticarlo – con una

relazione intersoggettiva che viene a essere orientata alla morte, e non con un comportamento *privato*.

È proprio questa dimensione relazionale che rende la condotta eutanassica, attiva od omissiva, di immediato rilievo giuridico, posto che mai il diritto ha autorizzato, finora, a tenere una condotta orientata al prodursi della morte di un altro individuo dal quale non provenga alcun pericolo per la propria incolumità (come potrebbe accadere, invece, in un'ipotesi di legittima difesa).

Per lo stesso motivo non ci si può astenere dal garantire al malato che non sia in grado di provvedervi (sia esso o meno cosciente) le condizioni base necessarie all'esistenza di qualsiasi individuo.

Anche nel caso in cui un malato che sia in grado di alimentarsi autonomamente se ne astenga, andranno senza dubbio adottate le modalità opportune per sostenerlo dal punto di vista psicologico e motivarlo: del resto, si deve tener presente che in non pochi casi il non alimentarsi interviene in un momento nel quale l'evoluzione della patologia compromette, in realtà, l'assimilazione stessa del cibo.

e) Viene altresì menzionato il problema del ruolo che compete agli Ordini professionali circa il controllo e la sanzione dei comportamenti scorretti.

Risposta: Rispetto al quesito specificamente rivoltomi non posso che concordare con l'esigenza di rendere maggiormente efficace la normativa deputata al rispetto delle norme disciplinari, il che avrebbe un'efficacia notevolissima complessiva in termini di prevenzione.