

Centro di Bioetica “Luigi Migone”

*I mercoledì della Bioetica*

**ALCUNE RIFLESSIONI SU  
PRINCIPIO DI AUTONOMIA, CONSENSO INFORMATO E  
DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)**

*Giovanni Garini*

**Parma, 11 aprile, 2018**

## PRINCIPIO DI AUTONOMIA E CONSENSO INFORMATO

L'esercizio della medicina ha sempre implicato questioni etiche e ha sempre richiesto da parte del medico il possesso di elevati principi morali. Ne sono prova i numerosi documenti deontologici che hanno contrassegnato la storia della medicina occidentale dal giuramento di Ippocrate ai giorni nostri. Tuttavia, l'etica medica, in quanto espressione culturale del periodo storico nel quale essa si è formata e sviluppata, non ha sempre prodotto lo stesso modello di relazione paziente-medico.

Per molti secoli nella cultura occidentale si è affermata l'etica ippocratica, fondata sui principi di beneficenza e non-maleficenza (dove il termine "non-maleficenza" è la traduzione dell'espressione latina "*primum non nocere*", contenuta nel giuramento di Ippocrate). I principi di beneficenza e non-maleficenza impegnano il medico ad operare per il sollievo dei malati, astenendosi dal recare loro danno e offesa. Essendo dunque necessariamente benefico, l'operato del medico non implica il consenso preventivo del paziente. Questo modello di relazione paziente-medico, fondato sul principio di beneficenza/non-maleficenza, ha conferito alla professione medica i caratteri del *paternalismo* o del *filantropismo*.

Per gran parte della sua storia, la medicina è stata paternalistica. È con l'affermazione del *principio di autonomia* che vengono poste le basi di un nuovo modello di relazione paziente-medico nel quale il diritto del paziente all'informazione e al consenso si costituisce come pre-condizione di ogni intervento medico.

Il principio di autonomia, riconosciuto a partire dall'illuminismo come diritto fondamentale dell'uomo, al pari dei diritti politici e civili, è stato inteso e declinato in differenti modi.

Per **Immanuel Kant**, che ha introdotto la nozione di autonomia in morale, opponendola a quella di eteronomia, il fondamento della moralità umana risiede nell'autonomia della volontà, che deve essere libera di seguire i principi e i valori dettati dalla ragione, donde l'imperativo: "Sii legge a te stesso".

**John Stuart Mill**, uno dei massimi esponenti del liberalismo, sviluppando il principio di sovranità, per cui su se stesso, sulla propria mente e sul proprio corpo l'individuo è sovrano, ha inteso l'autonomia come capacità di agire consapevolmente e senza costrizioni o condizionamenti esterni.

Per entrambi l'autonomia è il principio morale che consente agli uomini di dare forma alla propria esistenza in modo libero e responsabile. Per Kant l'autonomia rappresenta un baluardo contro ogni forma di strumentalizzazione dell'uomo; per Mill l'autonomia si configura come difesa delle scelte individuali con il solo limite degli altrui diritti fondamentali. Ambedue i filosofi sono

concordi nell'affermare che l'autonomia è una prerogativa dell'uomo moderno e che il suo mancato rispetto è lesivo della dignità umana.

L'affermazione dell'autonomia come diritto fondamentale dell'uomo e come principio morale porta a ridefinire i concetti di beneficenza e non-maleficenza. Nessuno può essere beneficente verso altri senza rispettare la sua autonomia e, dunque, la sua volontà. Beneficenza e non-maleficenza si legano entrambe all'autonomia, ma in modo differente. Infatti, il medico deve essere sempre non-maleficente, non deve cioè mai recar danno al paziente, ma deve essere beneficente solo quando il paziente acconsente alla sua azione e l'accetta. In base a tale concezione il consenso informato (ma sarebbe meglio dire l'"informazione per il consenso") diventa uno strumento mediante il quale il paziente acquisisce un ruolo attivo e partecipativo nella relazione con il medico.

Dalla valorizzazione del consenso informato scaturisce un nuovo rapporto tra paziente e medico, un rapporto dialogico e di natura fiduciaria definito «alleanza terapeutica».

L'«alleanza terapeutica» è incontro tra due soggetti, che nasce da uno stato di bisogno del malato e si esprime come richiesta d'aiuto. L'incontro instaura una relazione comunicativa che è di per sé asimmetrica a causa della disuguaglianza di competenze e dello stato di vulnerabilità del malato. Il medico riequilibra la relazione quando si assume la responsabilità morale e professionale di sostenere e accompagnare il paziente durante il tempo della malattia, coinvolgendolo nelle decisioni che lo riguardano e nella definizione dei bisogni che la cura dovrebbe soddisfare. Il bene del paziente non può essere, infatti, individuato unilateralmente dal medico. Inoltre, il coinvolgimento del paziente serve a restituirgli fiducia e a rafforzare il suo senso di autonomia in una fase di dipendenza imposta dalla malattia.

L'«alleanza terapeutica» porta il paziente, non più "oggetto", ma "soggetto" di cura, al centro del percorso diagnostico-terapeutico.

Com'è evidente, il modello dell'«alleanza terapeutica» si contrappone non soltanto alla concezione «paternalistica» della medicina, ma anche ad una sua interpretazione «individualistica», «contrattualistica» e «burocratica».

Non si ha «alleanza terapeutica» quando il paziente, in nome di una autonomia interpretata in modo individualistico ed assoluto, cioè sciolto da ogni vincolo relazionale, riduce il medico a mero esecutore della propria volontà, ignorando i suoi doveri deontologici, che «sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza» e i suoi diritti professionali, che si fondano sui «principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità» (articoli 3 e 4 del Codice di Deontologia Medica). Ne deriva che il paziente non può pretendere che il medico compia atti contrari alla vita, né può chiedere l'attuazione di «procedure diagnostiche e

interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati» (articolo 16 del Codice di Deontologia Medica).

Non si ha «alleanza terapeutica» quando il ruolo del medico viene equiparato a quello di un fornitore di prestazioni nell'ottica di un rapporto contrattuale basato sulla “domanda” e sull’“offerta”. E' evidente che in queste condizioni non sarà più l'«alleanza terapeutica» a caratterizzare la relazione paziente-medico, ma la conflittualità fra due soggetti in posizione di reciproca diffidenza.

L'alleanza terapeutica viene mortificata quando il consenso informato è percepito dal medico come mera “pratica burocratica”, accettata solo per evitare, in un'ottica di medicina difensiva, il rischio di contenzioso giudiziario nel caso in cui le procedure sanitarie dovessero presentare complicanze.

L'introduzione del consenso informato nell'ambito della medicina ha profondamente mutato la relazione paziente-medico, rendendola più dialogica e partecipativa, ma nello stesso tempo anche più conflittuale. Ogni atto medico, scrive il bioeticista spagnolo *Diego Gracia*, è diventato un processo di negoziazione e di chiarimento tra due parti, proprio come avviene in altri ambiti della vita umana: nel matrimonio, in famiglia, nella vita politica e sociale. In tutti questi contesti della vita dell'uomo le relazioni sono diventate instabili, ma nello stesso tempo hanno guadagnato in consapevolezza e responsabilità.

## II CONSENSO INFORMATO IN ITALIA

- 

In Italia il consenso informato non è regolamentato da una specifica normativa di legge, ma trova fondamento nei principi della Costituzione espressi nell'articolo 2, il quale riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, tra i quali quello dell'autodeterminazione; nell'articolo 13, che afferma l'invulnerabilità della libertà personale, nel cui ambito è compresa la libertà di salvaguardare la propria salute e la propria integrità fisica; e nell'articolo 32, comma 2, secondo il quale nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge.

Oltre che nella nostra Costituzione, il consenso informato trova fondamento nella **Convenzione sui Diritti dell'Uomo e sulla Biomedicina**, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997 e nella **Carta dei diritti fondamentali dell'unione Europea**, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000.

I principi normativi del consenso informato sono stati recepiti dal **Codice di Deontologia Medica**, il quale prescrive all'articolo 35 che: «L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile» e che «Il medico non intraprende

né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato».

Naturalmente, il consenso è da ritenersi informato quando, trovandosi il paziente in una determinata occorrenza di malattia, gli vengano spiegate le proprie condizioni di salute e gli siano date informazioni in modo completo, aggiornato e a lui comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari proposti, nonché sulle possibili alternative e sulle conseguenze dell'eventuale rifiuto o abbandono dei medesimi. In questa relazione attiva del paziente con il medico possono essere coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente oppure una persona di sua fiducia (il cosiddetto "fiduciario").

L'importanza di una informazione comprensibile e completa nella relazione tra paziente e medico è ribadita dall'articolo 20 del Codice di Deontologia Medica, che equipara il tempo della comunicazione al tempo di cura.

Se il diretto coinvolgimento del paziente è richiesto per ogni trattamento in ogni ambito clinico, è tanto più richiesto nelle decisioni relative a trattamenti sanitari nella fase finale della vita. Ma come far fronte alle situazioni nelle quali il paziente risultasse incapace di autodeterminarsi? Il rischio, che in questi casi si paventa, è quello di rimanere ostaggi di trattamenti intensivi a oltranza e di venire "espropriati" della propria morte. Erano probabilmente questi i timori, che hanno spinto il poeta e scrittore Rainer Maria Rilke ad affermare: *"Voglio morire della mia morte, non della morte dei medici"*.

## **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

Il 14 dicembre 2017 il Senato della Repubblica ha approvato in via definitiva il testo di Legge n. 219/2017 **Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**", approvato in prima lettura alla Camera il 20 aprile 2017.

Nel testo licenziato dal Parlamento le DAT sono definite come l'atto mediante il quale ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, compresi idratazione e nutrizione artificiali.

Le DAT sono una risposta all'inquietudine e ai timori connessi con l'esperienza del morire e con una medicina tecnicizzata e iperspecialistica capace di controllare il processo del morire, ma non sempre capace di assicurare una morte umanamente degna.

Prima di esaminare i punti salienti delle Disposizioni Anticipate di Trattamento, va rimarcata la scelta del termine “*disposizioni*”, in sostituzione del termine “*dichiarazioni*”, utilizzato nelle prime stesure del testo di legge. La differenza terminologica non è di poca importanza, poiché mentre il termine “dichiarazione” ha un significato prevalentemente informativo-comunicativo, il termine “disposizione” ha invece un valore prescrittivo.

Il testo di legge sulle DAT viene anche chiamato “*testamento biologico*”, termine che alcuni considerano, a ragione, non appropriato sia dal lato del sostantivo, poiché la vita non è un bene patrimoniale, cui solo si applica il concetto di testamento, sia dal lato dell’aggettivo in quanto la vita umana non è solo un bene biologico.

### **Pianificazione condivisa delle cure.**

Le DAT, superando il tradizionale paternalismo medico e senza cadere negli eccessi di una autonomia individualista e assoluta, promuovono una relazione di cura basata su scelte condivise. L’articolo 5 prevede infatti che il paziente, affetto da «una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta», condivide con il medico che lo sta curando quali trattamenti siano coerenti con il suo progetto di vita e siano da attuare quando «venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità».

E’ dunque contemplato che la pianificazione condivisa delle cure sia l’esito di un percorso relazionale al termine del quale il paziente compie in autonomia la propria scelta; alla quale il medico e l’équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi.

### **Disposizioni anticipate di trattamento redatte da un cittadino quando non è ancora in stato di malattia e al di fuori della relazione con il medico.**

L’articolo 4 stabilisce che le DAT possono essere redatte da un cittadino anche quando non è malato e al di fuori della relazione con il medico, in previsione di una sua «eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte». Anche in questo caso, come previsto dal comma 6 dell’articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT.

È evidente che l’articolo 4 assegna all’autodeterminazione del soggetto un ruolo tendenzialmente esclusivo nelle decisioni riguardanti i trattamenti di fine vita, mentre sarebbe stato invece opportuno promuovere e valorizzare (come stabilisce l’articolo 1 al comma 2) «la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico» basata «sul consenso informato, nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico».

Sull'interpretazione dell'autonomia vi sono posizioni differenti. Mentre l'autonomia di impronta individualista riconosce al singolo il "diritto" di disporre di sé e della propria vita in modo assoluto, con il solo limite del danno agli altri, l'autonomia interpretata in senso relazionale si fonda sulla convinzione che l'uomo non è un'isola, ma un essere sociale inserito in una rete di relazioni e di obblighi reciproci, per cui nessuno dovrebbe agire senza tener conto delle ricadute prossime o remote delle proprie azioni in rapporto agli altri.

Quando il principio di autonomia viene interpretato in senso individualistico, è elevato il rischio che il rapporto paziente-medico perda la sua natura di alleanza e finisca per assumere un carattere contrattualistico.

### **Possibilità che le DAT siano disattese.**

Essendo compilate quando ancora non sussiste la situazione patologica, le DAT potrebbero perdere la loro attualità nel momento in cui l'evento patologico si realizza, non potendosi prevedere tutti i possibili casi particolari. Per superare questa difficoltà l'articolo 4 al comma 5, pur ribadendo che il medico è tenuto al rispetto delle DAT, afferma che esse «possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso (...) qualora appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita».

I sostenitori più spinti dell'autodeterminazione vedono qui un possibile espediente per eludere la volontà del paziente. In realtà sarebbe meglio dire che il medico non disattende le DAT, ma che svolge pienamente il proprio compito, cercando di interpretarle nel modo più corretto sia dal punto di vista scientifico che deontologico.

### **Tutela della responsabilità professionale, etica e giuridica del medico.**

La responsabilità professionale, etica e giuridica del medico appare tutelata dall'articolo 1, comma 6, il quale stabilisce da un lato che «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo» e che «in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile o penale» e dall'altro che «il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali» e che «a fronte di tali richieste il medico non ha obblighi professionali».

È stato mosso alla legge l'appunto di non prevedere l'obiezione di coscienza, senza però precisare verso quale comportamento specifico dovrebbe rivolgersi l'obiezione. Non si vede infatti come si possa configurare un'obiezione nei confronti dell'astensione o dell'interruzione di un determinato trattamento (quand'anche considerato dal medico "proporzionato"), dal momento che

in questo caso obiettare significherebbe imporre un trattamento sanitario, in violazione dell'articolo 32 della Costituzione, secondo il quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge.

L'unica obiezione di coscienza attuabile sarebbe quella nei confronti dell'eutanasia e del suicidio assistito, che non sono però contemplati nel testo di legge.

### **Possibile rifiuto di nutrizione e idratazione artificiali.**

Una questione controversa riguarda la nutrizione e l'idratazione artificiali, che il progetto di legge include fra i trattamenti che possono essere rifiutati.

C'è chi considera alimentazione e idratazione artificiali cure di base, diverse dai trattamenti medici di sostegno vitale, come, ad esempio, la ventilazione meccanica. Inoltre, alimentazione e idratazione avrebbero uno specifico statuto morale in forza del valore simbolico che il "dar da mangiare" e il "dar da bere" rivestono nelle relazioni umane. Per queste ragioni alcuni affermano che tali trattamenti dovrebbero essere sempre garantiti, senza tener conto che in molti casi l'incapacità a nutrirsi è già un chiaro indicatore di terminalità.

Altri ritengono che alimentazione e idratazione artificiali non siano semplici cure di base, ma veri e propri trattamenti medico-chirurgici che, comportando rischi di varia natura e gravità, non possono sottrarsi al giudizio di proporzionalità.

L'alimentazione artificiale viene ritenuta la scelta appropriata per prevenire malnutrizione, polmonite *ab ingestis* e ulcere cutanee da decubito. Ma se questo è vero in alcuni casi, non lo è in tutti. È, ad esempio, scientificamente provato che nutrizione e idratazione artificiali in pazienti oncologici terminali o con demenza avanzata non comportano alcun beneficio. Nei pazienti in "stato vegetativo permanente" o, come più correttamente si dice oggi, con "sindrome di vigilanza non responsiva" (*unresponsive wakefulness syndrome*) nutrizione e idratazione artificiali possono procurare soltanto un prolungamento precario e penoso della vita biologica. Inoltre, la pratica clinica dimostra che i sintomi legati alla fame e alla sete si risolvono molto meglio con adeguate cure palliative che non con il ricorso all'alimentazione e alla nutrizione artificiali.

Poiché non si può escludere che in casi come quelli appena menzionati la nutrizione e l'idratazione artificiali costituiscano un trattamento sproporzionato, la loro inclusione fra i trattamenti che possono essere rifiutati appare eticamente fondata.

### ***Terapia del dolore e divieto di ostinazione irragionevole delle cure.***



Nel caso in cui il paziente abbia rifiutato o revocato il proprio consenso al trattamento sanitario indicato dal medico, deve essere «sempre garantita un'appropriata terapia del dolore (...) e l'erogazione delle cure palliative» (articolo 2, comma 1).

«Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente » (articolo 2, comma 2).

La legge esclude dunque tanto l'abbandono del paziente, nel caso in cui abbia rifiutato le cure indicate dal medico, quanto le attività comprese nel cosiddetto "accanimento terapeutico", considerate non obbligatorie dal punto di vista morale.

### **Modalità di redazione delle DAT.**

Per le persone non ancora in stato di malattia, che in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi intendono esprimere, attraverso le DAT, le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, si applica l'articolo 4 comma 6, secondo cui «le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie» che abbiano adottato «modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio Sanitario Nazionale».

Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Nel caso in cui sussista una «patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta» e il paziente abbia realizzato con il medico curante una pianificazione condivisa delle cure, l'articolo 5 ai commi 3 e 4 prevede che il consenso del paziente ai trattamenti sanitari proposti e i suoi intendimenti per il futuro siano espressi in forma scritta oppure, quando le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare e che le volontà del paziente così espresse siano inserite nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Non sono previsti per le DAT limiti di validità temporali, anche se esse possono essere sempre modificate o revocate.

## QUESTIONI ETICHE DI FINE VITA

Il dibattito sulle DAT ha portato in evidenza alcune questioni morali, che suscitano accese controversie nella nostra società, abitata da un forte pluralismo etico e culturale.

### **Trattamenti di sostegno vitale: c'è differenza morale tra astenersi e interrompere?**

Con il consenso informato attualmente espresso o espresso anticipatamente si può a certe condizioni rifiutare un trattamento di sostegno vitale (come, ad es., la nutrizione e l'idratazione artificiali o la ventilazione meccanica). Ma si può anche giustificarne l'interruzione?

C'è chi sostiene che, una volta attivato, un trattamento di sostegno vitale non possa essere interrotto. La questione che viene posta è se dal punto di vista morale vi sia differenza o una sostanziale identità tra astenersi e interrompere.

Da un punto di vista psicologico interrompere un trattamento di sostegno vitale è indubbiamente più problematico che attivarlo. Questo però non è sufficiente per sostenere che vi sia una reale differenza morale. La rilevanza morale si misura sulla base delle ragioni che in un determinato contesto possono giustificare l'astensione o l'interruzione. Se possono esserci valide ragioni per astenersi da un trattamento, le stesse ragioni possono anche giustificarne l'interruzione.

### **Trattamenti di fine vita: effetti voluti ed effetti non voluti. Il principio del “duplice effetto”**

Nella gestione dei malati in fase terminale i medici si trovano a volte nella necessità di controllare sintomi particolarmente pesanti, utilizzando trattamenti che possono accelerare la morte del paziente. Esempio tipico, al riguardo, è la somministrazione di dosi crescenti di morfina che, se da un lato sono necessarie per controllare il dolore, dall'altro, determinando la depressione del centro del respiro, possono accelerare la morte. Un altro esempio è la sedazione palliativa profonda, richiesta per trattare sintomi refrattari, che comporta come inevitabile conseguenza la soppressione dello stato di coscienza. Nella pratica medica, di fronte a queste situazioni, si fa di solito riferimento al principio del “*duplice effetto*”. Secondo questo principio un'azione con due effetti, di cui uno positivo e l'altro negativo, può essere moralmente lecita solo se chi compie l'azione non intenda l'effetto negativo né a livello di mezzi né a livello di fini e vi sia una giusta proporzione tra bene voluto e male tollerato.

Valutare la proporzionalità tra il rischio di accorciare la vita e la possibilità di alleviare i sintomi, che spesso accrescono in modo intollerabile la sofferenza dei pazienti terminali, non è utilitarismo, ma rispetto della dignità della persona umana.

## **Eutanasia: cos'è e cosa non è**

Stando al significato che nella nostra società il termine eutanasia ha acquisito, sono due le pratiche che devono essere considerate eutanasiche: l'«eutanasia volontaria attiva» (*voluntary active euthanasia*) e l'«assistenza al suicidio» (*assisted suicide*). Con la prima si intende l'atto con il quale un medico, su esplicita richiesta del paziente, interviene direttamente attraverso la somministrazione di farmaci letali per procurarne la morte. Con la seconda si intende l'atto con il quale un medico, su esplicita richiesta del paziente, interviene per somministrare un farmaco che, autonomamente assunto dal paziente, ne provoca la morte.

L'ordinamento giuridico italiano considera punibile penalmente sia l'eutanasia volontaria attiva (articolo 579 del Codice Penale) che l'assistenza al suicidio (articolo 580 del Codice Penale). Procurare la morte medicalizzata di un paziente senza il suo consenso non è eutanasia, ma omicidio (articolo 575 del Codice Penale).

Mentre in Italia qualsiasi forma di eutanasia attiva è illegale, l'«eutanasia passiva», generalmente riconducibile all'omissione di terapie o all'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, è punibile solo se, *ex parte medici*, sussiste un obbligo di cura, obbligo che viene meno qualora il malato rifiuti il trattamento sanitario.

Delimitando l'eutanasia propriamente detta all'*eutanasia volontaria attiva* e all'*assistenza al suicidio*, l'*Associazione Europea per le Cure Palliative* afferma, in un documento, redatto nel 2003 e poi riconfermato nel 2016, che nessuna delle seguenti pratiche dovrebbe essere considerata eutanastica:

- la terapia antalgica, compresa la sedazione palliativa, che in fase terminale può abbreviare la vita del paziente;
- l'astensione o l'interruzione di un trattamento di sostegno vitale, qualora vi siano buone ragioni per ritenere il trattamento inefficace o inutile.

Nello stesso documento l'*Associazione Europea per le Cure Palliative* afferma che l'eutanasia volontaria attiva e il suicidio assistito non devono essere inclusi nella pratica delle cure palliative.

## **CONCLUSIONI**

1. Tenuto conto della complessità delle questioni legate al fine vita e del pluralismo etico che contrassegna la nostra società, la legge sulle DAT è considerata da molti un punto di mediazione sufficientemente equilibrato e un passo avanti nel riconoscimento dei diritti della persona.
2. La legge: afferma il principio del consenso o del dissenso informato ai trattamenti sanitari; promuove una relazione tra paziente e medico centrata sulla pianificazione anticipata delle cure;

legittima il rifiuto di ogni irragionevole ostinazione terapeutica; non contiene disposizioni aventi finalità eutanasiche.

3. La legge non afferma tanto un “diritto di morire”, quanto un diritto di rifiutare trattamenti che procurano soltanto un penoso prolungamento della vita biologica o ne sono addirittura la causa. In questi casi il rifiuto delle cure non significa rifiuto o negazione della vita, ma accettazione del suo naturale compimento.
4. La legge sulle DAT non toglie, ma aggiunge diritti. Non viene leso il diritto di chi intende essere curato, ricorrendo a tutte le risorse del sistema sanitario e della tecnologia medica. Il dovere di cura dello Stato rimane intatto, così come il diritto del malato di non essere lasciato solo e di essere aiutato a vivere fino alla fine.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Viafora C. *Questioni etiche di fine vita: orientamenti a confronto*. In: “A lezione di bioetica”, a cura di C. Viafora e A. Gaiani. F. Angeli Ed., Milano, 2015; pp. 271-294
2. Gracia D. *All’origine della bioetica: una ricostruzione storica*. In: “A lezione di bioetica”, a cura di C. Viafora e A. Gaiani. F. Angeli Ed., Milano, 2015; pp. 32-55
3. Azzoni G. *Il consenso informato: genesi, evoluzione, fondamenti*. In: “A lezione di bioetica”, a cura di C. Viafora e A. Gaiani. F. Angeli Ed., Milano, 2015; pp.168-182
4. Casarett D, Kapo J., Caplan A. *Appropriate use of artificial nutrition and hydration: fundamental principles and recommendations*. The New England Journal of Medicine, 2005; 353, 24, pp. 2607-2612
5. Chiodi M., Costa G., Foglizzo P., Giannini A., Guenzi P.D., Picozzi M., Reichlin M. *Custodire le relazioni: la posta in gioco delle DAT*. Aggiornamenti Sociali, agosto-settembre 2017, pp. 585-587
6. Casalone C. *Abitare responsabilmente il tempo delle DAT*. Aggiornamenti sociali, febbraio 2018, pp.112-123
7. Pio XII. *Risposte ad importanti quesiti sulla «rianimazione» del 24/11/1957*. In: Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII, vol.XIX, pp.615-621
8. Materstvedt L.J., Clark D., Ellershaw J., et al. *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an European Association of Palliative Care (EAPC) Ethics Task force*. Palliat. Med. 2003;17, pp. 97-101

9. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo). *Codice di Deontologia Medica* 2017 [www.ordinemedicilatina.it/wp-content/uploads/2017/05/CodiceDeontologico.pdf](http://www.ordinemedicilatina.it/wp-content/uploads/2017/05/CodiceDeontologico.pdf)
10. Congregazione per la Dottrina della Fede (1980). *Dichiarazioni sull'eutanasia*, in <www.vatican.va>
11. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Dichiarazioni anticipate di trattamento*. In: Pareri 2003-2006, 82, 18 dicembre, in <http://bioetica.governo.it/media/171395/7-pareri-2003-2006.pdf>
12. Papa Francesco. *Messaggio ai partecipanti al Meeting regionale europeo della World Medical Association sulle questioni del "fine vita"*. 16 novembre 2017, in <www.vatican.va>