

MALATO SOGGETTO ESIGENTE

VALORI E REGOLE ETICO-SOCIALI

Introduzione

Il diniego di prestazioni sanitarie da parte del professionista è argomento che va assumendo crescente rilievo, con prevalente riguardo alla figura medica.

La comprensione del fenomeno richiede di allargare lo sguardo a elementi di sfondo e, particolarmente, alla relazione tra utente e operatore sanitario.

Pur nel persistere di un'asimmetria tra i due interlocutori, le aspettative dell'utente, talora fortemente condizionate, se non indotte, da un bombardamento di spot a pretesa scientifica, con lanci di future taumaturgie; da messaggi promozionali di sempre più numerosi e scatenati attori di nuove frontiere del business, oltre che dalle imperiture ciarlatanerie amplificate dalle attuali tecnologie comunicative- si sono espanse in molteplici direzioni.

Le abitudini di vita e i modelli culturali dominanti determinano l'esigenza di servizi nei quali gli aspetti estetici e di *confort* rilevano talvolta ben più del contenuto tecnico.

Le attese e le pretese dell'utente riguardo al risultato di un intervento sanitario si pongono non raramente in aperto conflitto con gli indirizzi operativi a cui i professionisti dovrebbero informare la loro condotta, con sempre più facile innesco di contenzioso.

Ivan Cavicchi[1], nel volume «L'uomo inguaribile», sostiene che oggi un malato è un «soggetto esigente», definito da valori e da regole etico-sociali. Il rapporto si pone quindi tra soggetto esigente e soggetto operante e, anche se resta sbilanciato, fiduciario, in esso pesano le differenti convenzioni sociali.

L'archetipo relazionale paternalistico, nel cedere il passo a uno schema contrassegnato da una affermazione dell'autonomia dell'utente, non sempre è evoluto verso quell'alleanza tra attori, in via di principio, non contrapposti, da molti auspicata allo scopo di non sminuire a paradigma contrattuale uno scambio in cui la partecipazione personale è talora molto profonda.

Non infrequentemente, per contro, è dato constatare il precoce insorgere di un'impostazione pseudocontrattuale, connotata da un'antitesi franca delle posizioni, quasi che il professionista, depositario delle conoscenze tecniche, potesse costituire una sorta di minaccia per il paziente.

Come evidenziato nel documento del Comitato nazionale per la bioetica del dicembre 2001 «Scopi, limiti e rischi della medicina»[2], «il principio morale dell'autonomia del paziente entra in conflitto con i doveri del medico solo in circostanze estreme che possono giustificare l'elaborazione di due dottrine contrapposte: quella che ritiene sempre prevalente il dovere di curare e di salvare la vita e la salute e quella che vede invece prevalere il diritto alla decisione libera e autonoma, qualunque siano le conseguenze, anche il peggioramento della malattia o la morte».

Aspetto di particolare criticità, emergente dal dibattito dottrinario, concerne le richieste del paziente -o dei familiari- che appaiano al medico irragionevoli sul piano tecnico.

L'argomento innesca peraltro l'ulteriore questione del significato da attribuire all'espressione «terapie futili».

Non si può certamente sostenere un parallelo tra diritto di un assistito a rifiutare i trattamenti proposti dal medico e supposto diritto a ottenere qualsiasi trattamento.

Qui non è in gioco soltanto l'autonomia del paziente ma lo è altresì l'autonomia del medico di esercitare la professione secondo le proprie libere convinzioni, scientificamente supportate (vedi «Carta della professionalità medica nel nuovo millennio», *Bioetica* 2002; 2: 372-77).

Il tema della libertà di cura (*Health freedom* su cui si è da anni acceso il dibattito negli USA) investe sia il paziente sia il professionista.

In un editoriale di qualche tempo fa, apparso sul *Bollettino di informazione sul farmaco*, curato dal nostro Ministero della salute (BIF n.2; 2000) si mette in guardia da una pericolosa accondiscendenza verso una libertà di cura intesa come «licenza di caccia per la ciarlataneria»: «Gli imbonitori utilizzano il concetto di libertà di cura per spostare l'attenzione da se stessi verso coloro che sono vittime della malattia, nei confronti dei quali si prova istintivamente compassione. É Questi individui vorrebbero che non si tenessero in considerazione due cose. Innanzitutto, che nessuno desidera essere truffato, specie in materie che riguardano la vita e la salute. Le vittime di una malattia non richiedono i trattamenti di un imbonitore perché vogliono esercitare i loro diritti, ma perché ingannate dalla convinzione che per loro c'è una speranza. In secondo luogo, che le leggi contro i rimedi inutili non sono dirette contro le vittime della malattia ma contro coloro che li promuovono a proprio vantaggio.

Ogni attacco alla libertà colpisce nel profondo i valori della cultura americana. Ma dobbiamo anche essere consapevoli che una libertà compiuta si realizza solo in una società in cui ogni suo componente sia del tutto degno di fiducia: e una società di tal genere non esiste.

L'esperienza ci ha dimostrato che la ciarlataneria può persino condurre la gente ad avvelenarsi e ad avvelenare i propri figli e i propri amici».

Discussione

La trattazione prescindere dal diniego di prestazioni in conseguenza dell'applicazione di limiti all'erogazione a carico della finanza pubblica (per esempio: livelli essenziali di assistenza).

Il diniego postula una richiesta espressa di prestazione, latamente intesa, da parte del paziente, oppure può porsi a fronte di prestazione potenzialmente attendibile ancorché non richiesta.

Per rendere l'esposizione più chiara, tratteremo di diniego come se lo stesso conseguisse a esplicita richiesta che potrebbe assumere la veste:

- positiva, ovvero mirante all'ottenimento di una prestazione;
- negativa, ovvero tendente ad ottenere astensione da, o non prosecuzione di, trattamento, con accettazione di ogni conseguenza, anche la più infausta;
- con diniego motivato da:
- futilità del trattamento;
- contrarietà a principi morali del professionista;
- contrarietà a disposti normativi.

L'articolo 19 del Codice di deontologia medica del 1998, a titolo «Rifiuto d'opera professionale», recita: «Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave ed immediato nocimento per la salute della persona».

L'articolo 25 del medesimo Codice, in tema di sfiducia del cittadino, prevede che «Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso, deve, comunque, prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato».

La condotta del professionista dovrà essere ulteriormente analizzata con riguardo allo *status* del sanitario nel suo rapportarsi con il paziente, potendo essere diverso l'agire in regime di libera professione oppure per conto di un ente o di un'autorità pubblica oppure di una struttura privata.

Diniego per futilità del trattamento

Che cosa si intende per futilità? Intorno al termine futilità ha ruotato un vivace dibattito, negli USA, fondamentalmente incentrato sull'interrogativo se possa essere riconosciuta e, se sì, entro quali

limiti, autonomia al medico nel decidere i trattamenti appropriati da proporre al paziente, anche al di là della volontà di quest'ultimo.

La diversità delle posizioni è tale che alcuni autori hanno definito la futilità «un concetto in cerca di definizione» (Cranford e Gostin, «A concept in search of a definition» *Law, Medicine and Health*, 1992; 4: 307-09).

Attesa la assoluta centralità dell'autonomia del paziente, nel modello sanitario americano, il riconoscimento al medico di una potestà di agire in difformità dal volere del paziente, direttamente espresso oppure derivante da direttive anticipate o manifestato per il tramite di un rappresentante, allorché il trattamento apparisse non efficace, ha portato a un conflitto di posizioni non definitivamente risolto.

Pur nella diversità di ordinamenti e di substrato socioculturale, sembra utile alla riflessione presente enucleare, dalla lunga e approfondita diatriba statunitense, alcuni spunti.

- Non può accettarsi un parallelo tra diritto del paziente di rifiutare trattamenti sanitari, nel rispetto della sua libertà, e pretesa di ottenere qualsivoglia trattamento. Tale pretesa confliggerebbe con l'autonomia da riconoscersi anche ai professionisti sanitari. Ne deriva la necessità di individuare la linea di confine tra termine del dovere del sanitario di aderire alle richieste del paziente e area di omissione colpevole.
- La medicina non è scienza esatta e, per quanto vengano redatte linee guida frutto di *consensus* tra i più qualificati professionisti, in innumerevoli settori persistono aree di dissenso talora estese.
- Se non sussiste assonanza di apprezzamento da parte dei tecnici, come si può validamente contrapporre la *medical futility* alla *patient's autonomy*?
- Se il rispetto dell'autonomia del paziente costituisce imperativo categorico, quale margine di valutazione resta al medico di fronte a rifiuto di prestazione da parte del paziente?

Per superare l'antitesi si è cercato di recuperare credito al concetto di *best interest* del paziente, ferma restando la incertezza della conformità interpretativa ai desiderata reali della persona assistita.

La Appleton International Conference (vedi Appendice), nel 1992, ha ammesso due significati di futilità:

- futilità fisiologica: trattamento che non consente di ottenere i desiderati mutamenti nella condizione di salute del paziente;
- futilità intesa come scarsa probabilità di successo oppure ridotta qualità di vita conseguente al trattamento.

Nel secondo caso, la Conferenza ha raccomandato ai medici di adottare la decisione sulla condotta da tenere solo dopo una aperta e completa discussione con il paziente o con i suoi rappresentanti, riguardo a natura e portata della presunta futilità.

Ammesso che si possa, con relativa sicurezza, convenire sulla futilità intesa in senso maggiore, allorché i trattamenti appaiano inefficaci a sortire un risultato clinicamente apprezzabile, la seconda accezione di futilità proietta verso lo scivoloso pendio delle soggettive valutazioni sulla qualità della vita.

Il *Council* per gli affari etici e legali dell'Associazione medica americana ha recentemente sottolineato l'esigenza di definire e adottare una chiara strategia in tema di futilità, proponendo un approccio a più livelli per una corretta trattazione dei casi, con specifico riferimento al prolungamento di trattamenti di sostentamento vitale.

Partendo dalla previa determinazione dei valori delle parti in causa (medici, paziente, familiari) si pone come primo interrogativo la presenza o meno di consonanza di vedute.

In presenza di divergenza irrisolvibile, viene posta indicazione di trasferire il paziente in diversa struttura sanitaria.

Se, per contro, le visioni per lo più convergono, ci si pone l'ulteriore domanda se, nel caso specifico, valutati tutti gli elementi utili per un giudizio, vi sia accordo.

In carenza di questo, si suggerisce di chiamare in causa consulenti terzi.

Persistendo divergenza, si ravvisa l'opportunità di richiedere parere al comitato etico.

Qualora anche a seguito della pronuncia di questo organismo non sia stato possibile conciliare la posizioni delle parti, si propone di tentare il trasferimento del paziente ad altra Unità operativa a minor intensità assistenziale interna allo stesso ospedale.

Verificata l'impossibilità di percorrere anche questa via, si consiglia di trasferire il paziente in altra struttura di ricovero.

Nell'impossibilità di realizzare anche quest'ultimo tentativo, l'indicazione è di desistere dal trattamento.

Nel nostro paese, può evincersi un disposto antitetico alla *futility* dal Codice di deontologia medica del 1998, il cui articolo 12 riconosce al medico autonomia nella programmazione, scelta e applicazione dei presidi diagnostici e terapeutici e stabilisce che «le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente», «è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare nell'interesse del paziente le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie segrete e mezzi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica nonché di terapie segrete. In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili».

Un concetto che molto si accosta alla *medical futility*, per quanto circoscritto a un ambito molto particolare, è quello di accanimento terapeutico.

D'altra parte, anche negli USA l'interesse intorno alla futilità è caduto sulla casistica di maggior impegno assistenziale, con larga prevalenza per i trattamenti di carattere rianimatorio, per il cospicuo assorbimento di risorse contingentate.

Il citato Codice di deontologia medica, all'articolo 14, qualifica «accanimento terapeutico» l'«irragionevole ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente e un miglioramento della qualità della vita».

Il Comitato nazionale per la bioetica, nel documento «Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana» del 1995[3], definisce l'accanimento terapeutico come un «trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica».

La più parte degli orientamenti etici e religiosi concorda sull'astensione da trattamenti riconducibili al concetto di accanimento e propende per una proporzionalità di mezzi terapeutici (il giudizio di proporzionalità è peraltro molto relativo, in quanto collegato all'evoluzione scientifica, oltre che alla disponibilità di risorse).

Dalla definizione sopra riportata si evincono elementi comuni alla *medical futility*. Deve trattarsi di trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo che si intende perseguire, associato a rischio elevato di produrre sequele particolarmente gravose per il paziente.

Sono stati in precedenza citati alcuni istituti presenti in altri paesi: direttive anticipate e rappresentanti dei pazienti, a cui il nostro ordinamento non conferisce equivalente valore.

Senza addentrarci nella tematica specifica, riteniamo tuttavia indispensabile ricordare alcune previsioni normative richiamanti l'attenzione sulle volontà antecedentemente manifestate dal paziente, per la considerazione che alle stesse dovrebbe essere riservata da parte dei sanitari, quando chiamati a decidere trattamenti su persone «non competenti».

- Convenzione europea sui diritti umani e la biomedicina, Oviedo 1997, di cui è stata autorizzata la ratifica da parte del nostro paese con L. 145/2001, articolo 9: «Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte».

- Codice di deontologia medica del 1998;

- articolo 34, 2: «Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso».
- articolo 51: «Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla».

Come questione oramai non più marginale si pone all'attenzione l'adesione alle cosiddette medicine alternative, contrapposte alla medicina scientifica.

L'articolo 13 del Codice di deontologia medica, in tema di pratiche non convenzionali, prevede «La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso».

Il Comitato nazionale per la bioetica, nel già citato documento su «Scopi, limiti e rischi della medicina»,^[2] in relazione alla pratiche di cure alternative, afferma che «è evidente il dovere etico di una presa di posizione la quale implica, se possibile, la soluzione del problema posto da Karl Popper della demarcazione, costituito dalla necessità di individuare una linea netta di divisione tra scienza medica e pseudoscienza ...l'invocata e necessaria demarcazione deve tener conto anche degli errori e delle non rare mistificazioni e manipolazioni che costituiscono riconosciuti aspetti negativi anche della medicina scientifica sperimentale che collocano non di rado i suoi metodi, la sua prassi e i risultati al di fuori dell'area della scienza in quella della pseudoscienza che può essere altrettanto, e anzi più ingannevole delle medicine alternative a causa del maggior potere di suggestione in un'epoca dominata dalla scienza e dalla tecnologia. ...Negli ultimi anni il fenomeno (del crescente ricorso alle medicine alternative) si è notevolmente accentuato... Circa il motivo di questo impressionante fenomeno, è comune opinione che una delle cause principali Èsia il frequente scadimento, nel rapporto medico-paziente che si realizza nella prassi medica scientifica, dei benefici psicologici derivanti dal maggior tempo messo a disposizione dai medici che praticano le medicine alternative, dall'empatia, dalla personalizzazione della cura, dalla capacità di suscitare speranze di risultati nelle malattie croniche e in generale dal fatto che i medici alternativi dedicano la massima attenzione alla salute del paziente più ancora che alla sua malattia».

Il Parlamento europeo, nella risoluzione del 1997, sul tema delle medicine non convenzionali, ha asserito che «.. la loro validità non è riconosciuta o lo è solo parzialmente; che si può qualificare «alternativo» un trattamento medico o chirurgico in grado di sostituirne un altro e «complementare» un trattamento utilizzato ad integrazione di un altro; che risulta equivoco parlare di disciplina medica alternativa o complementare nella misura in cui solo il contesto preciso nel quale la terapia è utilizzata permette di determinare se essa sia all'occorrenza alternativa o complementare, che una disciplina medica alternativa può altresì essere complementare».

Il 18 maggio 2002, la Federazione nazionale dei medici (FNOMCeO) emanava linee guida su medicine e pratiche non convenzionali^[4], affermando che l'esercizio delle suddette è da ritenersi a ogni effetto atto medico, che tali pratiche possono essere attuate solo previa valutazione che i pazienti possano trarne vantaggio e dopo un'adeguata informazione e l'acquisizione di esplicito consenso consapevole.

Dalle considerazioni esposte, che pur lasciano adito a interpretazioni non sempre univoche, si ritiene di poter trarre le seguenti deduzioni:

- un diniego di prestazione deve necessariamente conseguire a un'analisi accurata e prudente della particolare situazione del paziente, alla luce delle conoscenze più consolidate di cui è dato disporre al momento della decisione;

- nell'evenienza di paziente *non competent*, la decisione dovrebbe essere assunta tenendo conto altresì di eventuali volontà rese note dal paziente stesso in precedenza, seppur non vincolanti per il professionista;
- il diniego impone sempre una spiegazione serena e dettagliata al paziente, cercando di preservare una buona relazione interpersonale.

Diniego per contrarietà a principi morali

Il conflitto tra leggi e coscienza è antico quanto la storia dell'uomo; l'obiezione di coscienza, come noi oggi la conosciamo, è tuttavia relativamente moderna, in quanto si colloca entro coordinate socio-politiche determinate che consentono una valorizzazione pubblica di quel che in passato è stato esclusivamente un dramma unicamente personale.

Solo in una società in cui vi sia pieno riconoscimento dei diritti di libertà dei cittadini, al di là delle decisioni di maggioranza, può delinearsi uno spazio per il rispetto di un dissenso solidamente fondato su valori etici.

In una realtà come l'attuale, contrassegnata da una sempre maggiore compresenza di differenti modelli culturali, profondamente radicati nella moltitudine di etnie coesistenti nel nostro come in altri paesi, il tema del conflitto tra «foro esterno» e «foro interno» si manifesta con grande evidenza. Se, in linea di principio, non può negarsi al professionista la facoltà di essere coerente con i propri convincimenti morali e di tenere una conseguente condotta anche in violazione di norma dell'ordinamento, non si può peraltro non mettere in guardia dalle conseguenze a cui tale atteggiamento può condurre in uno stato di diritto.

La contrarietà a principi etici del professionista, come causale di obiezione di coscienza[5], è specificamente prevista, in materia sanitaria, solo dall'articolo 9 della L. 194/78, limitatamente alle procedure correlate a interventi di interruzione volontaria della gravidanza.

Al di là della situazione speciale appena riferita, una facoltà di astensione da trattamenti sanitari può invocarsi con riferimento al sopra richiamato articolo 19 del Codice di deontologia medica, entro i limiti dallo stesso definiti.

L'articolo 1 dello stesso Codice afferma che i principi e le regole deontologiche devono essere osservate «quali che siano l'ambito e lo stato giuridico» in cui il medico opera.

I successivi articoli 83 e 84, nel declinare gli obblighi deontologici dei medici a rapporto di impiego o convenzionati, asseriscono la priorità delle norme deontologiche rispetto a quelle emanate dall'ente di appartenenza (pubblico o privato), fino alla previsione di rifiuto dell'opera professionale nel caso in cui al medico venissero imposte prestazioni non conformi a quanto stabilito dal codice deontologico o in contrasto con gli scopi della professione.

Le situazioni più frequentemente connotate da criticità attengono alle tematiche degli estremi della vita.

Prestazioni afferenti alla sfera della sessualità, della procreativa, della contraccezione e dell'interruzione di gravidanza pongono i professionisti di fronte a scelte coinvolgenti i loro convincimenti religiosi o etici.

Nella società sempre più multiculturale odierna, la presenza di seguaci di credi religiosi pesantemente interferenti con la condotta di vita, possono attendersi innumerevoli occasioni di divergenza tra richieste dei pazienti e visioni, fondate su assai diversi valori, dei sanitari.

Ecco alcuni esempi.

Richieste di interventi mutilanti l'apparato genitale femminile

In proposito, è opportuno ricordare la raccomandazione del Comitato nazionale per la bioetica del 25 settembre 1998: «Il CNB è ben consapevole del rispetto che è doveroso prestare alla pluralità delle culture, anche quando queste si manifestino in forme estremamente lontane da quelle della tradizione occidentale... Ritene non di meno, e consapevolmente contro il parere di pur illustri antropologi, che nessun rispetto sia dovuto a pratiche, ancorché ancestrali, volte non solo a mutilare

irreversibilmente le persone, ma soprattutto ad alterarne violentemente l'identità psicofisica, quando ciò non trovi una inequivocabile giustificazione nello stretto interesse della salute della persona in questione. E' evidente che le pratiche di circoncisione femminile non sono poste in essere per ovviare a problemi di salute né fisica, né psichica delle donne che le subiscono, anzi esse comportano gravi conseguenze negative sulla salute delle donne che a esse vengono sottoposte. Il CNB non può quindi che ritenerle eticamente inammissibili sotto ogni profilo ed auspicare che vengano esplicitamente combattute e proscritte...»[6].

Richieste di contraccettivi o farmaci impedienti l'impianto: pillola del giorno dopo

A quest'ultimo riguardo, con comunicato n. 254 del primo novembre 2000, il ministro della sanità, in merito alle polemiche seguite alla commercializzazione nel nostro paese di farmaco in grado di evitare l'annidamento ovulare, forniva le seguenti precisazioni:

«L'Organizzazione mondiale della sanità già nel 1985 aveva incaricato la comunità scientifica di individuare il momento di inizio della gravidanza. Dopo un'attenta analisi, gli esperti avevano stabilito che essa ha inizio dopo l'annidamento dell'ovulo fecondato all'interno dell'utero.

Pertanto non si può parlare, a proposito dell'uso del farmaco, di aborto in quanto non interrompe una gravidanza ma la previene. Dunque anche parlare di violazione della legge 194 sull'interruzione di gravidanza non ha alcun fondamento».

Con successivo comunicato stampa, n. 255 del 2 novembre 2000, il ministro della sanità precisava ulteriormente: «Le preoccupazioni etiche di coloro che sono contrari a questo farmaco, che impedisce l'annidamento dell'ovulo all'interno dell'utero, sono legittime anche perché sono in linea con l'opposizione che essi hanno sempre ribadito a ogni metodo anticoncezionale. Tuttavia va ricordato che da anni sono prescritti e si trovano nelle farmacie italiane dispositivi, come la spirale, il cui effetto è identico a quello della pillola del giorno dopo. Un metodo che, per quanto è dato sapere, non ha suscitato obiezioni di coscienza.. tra i ginecologi. ...il complesso meccanismo della fecondazione provvede naturalmente, con il flusso femminile di ogni mese, all'espulsione naturale di ovuli fecondati. Infatti, come è noto, su cento ovuli soltanto un terzo attecchisce e può avviarsi a diventare embrione; l'altro 70% è destinato biologicamente a non annidarsi nell'utero.

Il farmaco oggi a disposizione, simulando un evento naturale quale il mancato annidamento dell'ovulo nell'utero, si concretizza come un mezzo di prevenzione dell'aborto e sottrae le donne al rischio di trovarsi di fronte a scelte drammatiche...».

E' ben nota la tesi, di matrice eminentemente cattolica, secondo cui l'embrione acquisisce natura «personale» anteriormente all'annidamento in utero, fin dalla formazione dello zigote, con la conseguenza che ogni atto potenzialmente lesivo del naturale sviluppo (incluso l'attecchimento) del nuovo essere rappresenta un attentato alla vita, come tale, inaccettabile.

Sul piano etico quindi la disputa sulla personalizzazione rileva riguardo alla liceità (liceità intesa nell'accezione unicamente morale e non giuridica) dell'impiego di mezzi, quali la spirale o la pillola del giorno dopo, la cui azione, se frequentemente consiste nell'impedimento dell'ovulazione, talora si estrinseca su embrione già formato impedendone l'annidamento: solo in questa seconda evenienza insorge la problematica morale. Per l'etica cattolica, il ricorso ai mezzi richiamati assume la veste di aborto. Da questo fermo convincimento discende l'invocazione di obiezione di coscienza. Tale obiezione non è da rapportarsi al disposto dell'articolo 9 della L. 194/78, bensì a un più generale principio di astensione da pratiche che confliggano con i principi etici del professionista sanitario. Soccorre in proposito la prescrizione dell'articolo 19 del vigente Codice di deontologia medica. Nel commentario al Codice deontologico, pubblicato su *La Professione*, n. 2 del dicembre 1999, con riferimento al citato articolo si osserva:

«Al di là delle questioni più rilevanti concernenti l'obiezione di coscienza, così come prevista e disciplinata nella legge 194/78, va comunque rilevato come tale facoltà nel codice deontologico sia oggetto di una previsione di carattere generale che la connette a qualsiasi tipo di intervento sanitario che abbia implicazioni con convinzioni d'ordine morale e clinico del medico stesso.

Tale previsione, proprio per la sua ampiezza, comporta però la necessità di un raccordo con quella, pure di ordine generale di cui all'articolo 17 (Rispetto dei diritti del cittadino)... Da ciò il difficile bilanciamento tra i diritti di libertà e gli autonomi convincimenti del paziente e del medico, relativamente a tutta una serie di interventi sanitari rispetto ai quali si registrano diversi orientamenti etici. Come esempio più significativo al riguardo, basti accennare alla problematica della contraccezione... si sono infatti registrati da parte di sanitari di stretta osservanza cattolica episodi di rifiuto di prescrizione di contraccettivi orali. Su tali questioni, al di là di implicazioni e conseguenze d'ordine giuridico, tanto più stringenti nel caso di sanitari dipendenti o convenzionati con il SSN, nei confronti dei quali sono configurabili eventuali responsabilità civili e penali, la valutazione di carattere deontologico va svolta proprio sulle direttrici poste dagli articoli 17 e 19 del codice di deontologia. Tali articoli delineano il rapporto medico-paziente come incontro di due coscienze con pari dignità, rapporto che deve svolgersi nel rispetto reciproco delle convinzioni etiche e religiose...».

La copiosa messe di contributi dottrinari, di diversa connotazione, consultabile in letteratura, non si discosta sostanzialmente dagli elementi polari sopra riferiti.

Si esprime pertanto l'avviso che, quando l'omesso intervento del sanitario non metta a repentaglio la salute della persona assistita, nel senso che l'omissione sia foriera di grave ed immediato nocumento, non può censurarsi la condotta astensiva del medico, motivata da adesione a valori etici radicati in un credo religioso.

Richieste di pratiche di fecondazione medicalmente assistita contrarie ai dettati del Magistero cattolico o ai precetti di altri culti oppure a propri principi morali

Fecondazione eterologa oppure omologa *in vitro*, affitto di utero, gravidanza di donna in età post menopausale. La facoltà di astensione riferita al precedente alinea trova applicazione anche nelle circostanze qui in considerazione.

Diniego per contrarietà a disposti normativi

La contrarietà può riguardare norme di diverso rango e non solo afferenti alla sfera penale (per esempio: contrasto con disposti regolamentari, con norme deontologiche eccetera).

Il diniego di prestazioni che si pongano in contrasto con disposti normativi rappresenta evenienza di più agevole risoluzione poiché il professionista, per quanto tenuto a fornire spiegazioni al paziente, ha il dovere di agire nell'alveo della liceità e della legittimità.

Alcuni esempi di richiesta:

- eutanasia attiva;
- clonazione umana;
- espianto o impianto di tessuti o di organi senza rispetto dei vincoli normativi;
- interventi per cambio di identità sessuale, in assenza di autorizzazione del tribunale;
- prescrizione o impiego di stupefacenti in difformità dai precetti di legge;
- certificazioni non veritiere.

Il sanitario di fronte al rifiuto di trattamento che parte dal paziente

Oltre quanto eventualmente precisato in direttive anticipate, una richiesta di prestazione in negativo (secondo la classificazione riferita all'inizio della discussione) potrebbe giungere al sanitario quale espressione del diritto del paziente di rifiuto di trattamento.

Pur non potendo trattare diffusamente l'argomento del rifiuto da parte del paziente, sul quale esiste una copiosa trattatistica, ai nostri fini è opportuno tuttavia considerarne taluni aspetti per le ricadute sulla tematica in esame.

Se non vi è dubbio sulla liceità per il sanitario di esaudire una richiesta negativa allorché l'adesione non si accompagna a concreto, incombente pericolo per la vita del paziente o di terzi, non così è

quando tale pericolo sia ravvisato ed allorché si affacci il limite di disposizione del proprio corpo, statuito dall'articolo 5 del codice civile: diminuzione permanente dell'integrità fisica, contrarietà alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Le situazioni che si presentano con maggiore evidenza riguardano richieste di astensione da:

- terapia trasfusionale;
- vaccinazioni obbligatorie;
- parto cesareo;
- trattamenti chemioradioterapici;
- rianimazione o trattamenti di sostentamento vitale, in condizioni di grande criticità se non in termine di vita.

Riconducibile alla categoria in considerazione è altresì la volontà di suicidio, associata o meno (quest'ultima evenienza certamente più frequente) da esplicita richiesta di astensione dall'intervenire.

A questo proposito ci si pone la domanda: «può la libertà del paziente meritare riconoscimento anche quando sia indirizzata alla soppressione di sé?».

Quale potestà di opposizione è riconoscibile al medico di fronte a situazioni siffatte, tenendo a mente il disposto dell'articolo 40, comma 2 del Codice penale, ovvero che «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo».

Il Comitato nazionale per la bioetica, nel documento su «Informazione e consenso all'atto medico» del 1992[7], ha sostenuto che «ferma l'esistenza del diritto alla salute e una certa nota di doverosità nel conservarla, sussisterebbe tuttavia la facoltà, meglio, la liceità o la mera libertà di fatto di sacrificare tale diritto», posto che «sussisterebbe nella Costituzione, almeno entro certi limiti, il principio della disponibilità del diritto alla salute».

Osserva Paolo Cattorini[8] in merito che «parrebbe contraddittorio affermare la liceità (anzi la doverosità *ex articolo* 593 Codice penale) di un intervento medico per contrastare il suicidio, pur se l'aspirante suicida si opponga con decisione ferma e lucida all'aiuto che gli viene offerto, e affermare al tempo stesso la liceità del rifiuto delle terapie fino al punto estremo di impedire l'intervento medico anche quando il diniego opposto dal soggetto si traduce, di fatto, in una *electio mortis*, assumendo così un carattere, *lato sensu* eutanasi».

Il Mantovani[9] distingue tra il suicidarsi e il lasciarsi morire, precisando che, mentre non è riconosciuto il diritto di suicidarsi, al soggetto è riconosciuto il diritto di lasciarsi morire, diverso essendo il fine primario perseguito dal soggetto stesso: nel secondo caso, la morte è in derivazione di una condotta improntata al conseguimento di un diverso fine, stimato meritevole anche del supremo sacrificio.

Eugenio Lecaldano[10] opera una diversificazione tra suicidio razionale, ovvero morte causata dall'azione di persona lucida, e suicidio causato da patologia mentale: nel primo caso riconoscendo piena facoltà al soggetto di determinarsi, non altrettanto nel secondo.

Hans Jonas[11], assertore dell'etica della responsabilità, evidenzia che, se nessun rilievo giuridico è consentito riguardo alle scelte che il paziente compie per se stesso, pari inappuntabilità non può riconoscersi sul piano morale, alla luce delle responsabilità che una persona ha nei confronti di altri, con conseguente limitazione della sua libertà di autodeterminazione.

In generale, chi sostiene la concezione della sacralità della vita non può indulgere di fronte a decisioni del paziente intaccanti il bene primario. Chi, per contro, si pone come fautore della più ampia libertà di determinazione della persona, perviene a conclusione antitetica.

L'orientamento giuridico, riguardo alle situazioni più evidenti, sopra accennate, non può dirsi né consolidato né univoco.

In tema di rifiuto di trasfusione, recenti aperture giurisprudenziali di merito verso il rispetto del rifiuto del paziente, protratto fino all'esito fatale, senza addebiti ai medici che si sono astenuti dall'intervenire non può certamente fornire certezze interpretative.

Analogo deduzione si trae in tema di interventi pro eutanasi.

L'orientamento operativo dovrebbe pertanto essere ispirato, nel rispetto dei valori basilari del singolo professionista, da grande cautela nel soppesare i beni in causa.

Diniego in rapporto alla veste giuridica del sanitario

La veste giuridica del sanitario può influire sul suo comportamento nei confronti del paziente?

Il libero professionista, pur nel rispetto dei principi deontologici e dei precetti dell'ordinamento giuridico, dispone indubbiamente di maggior libertà di condotta; le considerazioni precedenti possono pertanto valere per tale figura senza ulteriori limiti.

Diversa la posizione del sanitario in rapporto organico con una amministrazione, pubblica o privata. La struttura sanitaria pubblica è tenuta a erogare le prestazioni afferenti ai livelli di assistenza, come definiti da ogni regione.

I sanitari che operano in nome e per conto della struttura pubblica, qualificati come pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, devono garantire l'effettuazione delle prestazioni a cui l'amministrazione è obbligata.

Le considerazioni attinenti al diniego, per le tre categorie di causali sopra indicate, possono trovare applicazione, in linea di massima, anche per tali sanitari; occorre tuttavia evidenziarne alcuni limiti applicativi.

Per quanto attiene al diniego per futilità del trattamento richiesto, si deve tenere presente che gli indirizzi diagnostico-terapeutici sono rimessi alla responsabilità del direttore dell'Unità operativa; ne consegue che i medici dell'Unità operativa, pur dotati dell'autonomia che consente loro di modulare i trattamenti sul singolo paziente, non potranno tuttavia non attenersi alle linee guida tracciate dal direttore. Tenuto conto dell'autonomia professionale, riconosciuta dalla vigente normativa, il collaboratore che dissenta dall'impostazione decisa dal direttore dell'Unità operativa ha la facoltà (che diviene dovere se teme conseguenze dannose per il paziente) di documentare il proprio avviso contrario e chiedere di essere esonerato dalla responsabilità assistenziale di un determinato paziente.

Un vincolo di carattere generale alla più estesa libertà del professionista potrebbe conseguire poi a scelte compiute dall'amministrazione di appartenenza (per esempio per quanto attiene a farmaci, presidi, attrezzature eccetera) con riverberi sulla esecuzione di trattamenti sanitari: solo in casi estremi, per i quali addurre circostanziata motivazione, il professionista potrà invocare l'astensione da un trattamento dovuto, soppesandone con massima oculatezza le ripercussioni.

Appendice

Le linee guida prodotte, inerenti alle decisioni relative alla rinuncia del trattamento medico di prolungamento vitale, sono state elaborate dal 1987 al 1991, attraverso un dibattito internazionale ed interculturale che ha coinvolto 486 medici, 109 tra esperti di bioetica e di economia sanitaria, 915 persone interessate provenienti da 15 diversi Paesi.

Le linee guida attengono a quattro situazioni paradigmatiche:

pazienti con capacità di prendere decisioni o che hanno sottoscritto direttive anticipate prima di aver perso la capacità di decidere;

pazienti che hanno perso la capacità di prendere decisioni e non hanno sottoscritto alcuna direttiva anticipata;

neonati e pazienti che non hanno mai avuto capacità di decidere;

decisioni di rinunciare a trattamenti di sostegno vitale in condizioni di scarsità di risorse.

L'atto legislativo dello Stato della Georgia, in tema di DNR, qualifica futile il tentativo di rianimare che abbia scarse probabilità di successo nel ripristinare le funzioni cardiaca e respiratoria oppure che riesca a ripristinarle solo per un esiguo periodo di tempo.

A commento degli atti della Appleton Conference, Howard Brody ha ripartito in quattro categorie il concetto di futilità:

futilità fisiologica;

quando il trattamento sia in grado di dare qualche risultato fisiologico ma lasci il paziente in condizioni che, dal punto di vista sanitario, appaiano non desiderabili: forte dolore, grave mutilazione, perdita di una funzione importante;

quando il trattamento possa raggiungere gli obiettivi fisiologici solo a rischio di produrre effetti qualificati non desiderabili non solo dalla componente sanitaria ma da una vasta maggioranza di persone;

quando il trattamento possa produrre miglioramenti apprezzabili agli occhi del paziente ma appaia futile ai medici in quanto gli oneri risultano sproporzionati rispetto ai benefici.

L'obiezione di coscienza professionale, secondo Maria Luisa Di Pietro et al. (vedi voce bibliografica) consiste nel rifiuto di svolgere un'attività contraria alle proprie convinzioni di coscienza, nell'esercizio della propria professione: si potrebbe definire più esattamente una forma di non collaborazione.