

## IL DIBATTITO SULLA PROPOSTA DI LEGGE

# TESTAMENTO BIOLOGICO REGNO DELL'AMBIGUITÀ

**S**peso nelle attuali discussioni intorno alla proposta di legge sul cosiddetto "testamento biologico" si dimentica che essa non riguarda soltanto il tema delle "dichiarazioni anticipate di trattamento", ma concerne una disciplina più ampia che coinvolge il più generale rapporto tra medico e paziente e il problema del consenso informato, che è decisivo proprio per comprendere le trasformazioni che ci sono state in quel rapporto. Il consenso informato, presupposto imprescindibile di qualsiasi trattamento sanitario, implica il superamento del cosiddetto paternalismo medico e il riconoscimento al paziente del diritto di autodeterminarsi in merito alle cure cui intende o non intende sottoporsi.

Nel nostro ordinamento il riconoscimento di tale diritto trova persino un appiglio in un articolo della Costituzione (art. 32, 2° comma) che, allora sia pure pensato per altre situazioni, oggi può sicuramente essere esteso al nuovo modo di intendere il rapporto medico-paziente. Si può aggiungere che quel diritto trova adesso un esplicito riconoscimento nella cosiddetta Convenzione di Oviedo, cui è stata data esecuzione con la legge n. 145 del 2001 anche nel nostro Paese, la quale sottolinea non soltanto il diritto "positivo" alle cure, ma anche quello "negativo" di sottrarsi ad esse: "la persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso" (art. 5, 3° comma della suddetta Convenzione).

Il rifiuto delle cure non ammette deroghe: esso è garantito anche nel caso in cui abbia come conseguenza la morte del paziente.

Ricordati velocemente questi documenti normativi, possiamo chiederci se la proposta di legge attualmente in discussione sia o meno in linea con essi. A un primo sguardo sembrerebbe di sì, un'analisi più approfondita rivela però il contrario. I tre pilastri su cui oggi si regge il consenso informato (in teoria, quello che poi di fatto succede nei nostri ospedali è un altro paio di maniche) sono i seguenti: la necessità di un consenso libero ed esplicito prima di qualsiasi intervento in ambito sanitario, il fatto che esso sia preceduto da un'informazione adeguata sullo scopo, la natura dell'intervento e le sue conseguenze e i possibili rischi, e che sia sempre revocabile (anche parzialmente).

Diciamolo subito: tutti questi elementi sono presenti anche nell'attuale proposta di legge al-

l'art. 2, senonchè proprio l'ultimo comma del suddetto articolo solleva un grosso problema. Esso recita: "Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace d'intendere e di volere sia in pericolo per il verificarsi di una grave complicanza o un evento acuto". Per il modo in cui è formulato l'enunciato normativo è soggetto (almeno) a due interpretazioni molto diverse. Per un verso può indicare un principio del tutto condivisibile, vale a dire che in una situazione d'urgenza, venendo a mancare la possibilità di conoscere la volontà del paziente poiché incosciente, il me-

dico dovrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento indispensabile per la sua salute; per un altro verso però potrebbe pure implicare una forte limitazione del diritto del paziente al rifiuto delle cure. Infatti quando la vita è in pericolo e il paziente non è più in grado né d'intendere, né di volere, la sua volontà non conta più. Insomma, il consenso informato (e con esso anche l'eventuale dissenso) vale finché esso può essere esplicitamente manifestato dal paziente, ma "non è richiesto" quando il paziente non è più nelle condizioni di farlo valere.

La legge dice che il consenso deve possedere il requisito dell'attualità. Ma l'attualità corrisponde all'esigenza di garantire l'effettività della volontà: il consenso, infatti, potrebbe essere stato manifestato non nell'imminenza dell'esecuzione di un determinato trattamento e questo potrebbe non rispondere più alla volontà del paziente nel momento della sua esecuzione. Escludere invece la rilevanza della volontà pregressa, come avviene nel caso della legge in esame, compromette la libertà di autodeterminazione del paziente, finendo per contraddire quella stessa esigenza che ha portato a considerare l'attualità come requisito di validità del consenso. Se tutto ciò può sembrare troppo teorico, vediamo subito le conseguenze pratiche del comma citato.

Tutti ricordiamo ancora il dramma esistenziale di Piergiorgio Welby. Ebbene, seguendo la proposta di legge in un caso simile il medico, non trovandosi di fronte a una situazione d'urgenza, sarebbe autorizzato a staccare il respiratore qualora il paziente manifestasse tale volontà (dal momento che nessuno può contestare che la respirazione artificiale sia un trattamento sanitario), ma dovrebbe riattaccarlo appena il paziente diventasse incosciente e la sua vita fosse messa in pericolo. E così avanti all'infinito? Pare evidente che una disposizione che dia origine a un'interpretazione così assurda dovrebbe essere completamente riformulata.

Ecco la mia banale proposta: "Quando in una

situazione d'urgenza non è possibile ottenere il consenso informato del paziente, il medico dovrà procedere immediatamente prestando le cure indispensabili." Ben inteso, con questo cambiamento la legge non sarebbe la miglior legge possibile, ma certo verrebbe eliminato uno dei

suoi peggiori difetti. Poiché la legge è ancora in discussione, c'è ancora tempo per modificarla. Resta da chiedersi però se ci sia anche la volontà politica di farlo.

**PAOLO BECCHI È DOCENTE** di Filosofia del diritto all'Università di Genova.

