



PROGETTO BIOETICA - COMITATO IN CLASSE

Classe 4^A Liceo Scientifico – Opzione Scienze Applicate

Istituto Superiore "Antonio Scarpa" - Motta di Livenza (TV)

A.S. 2021-22

CRONOLOGIA E FASI DEI LAVORI DEL COMITATO

- Terza settimana di dicembre: inizio dei lavori del Comitato.

Analisi della storia clinica, prendendo in considerazione i punti di vista della paziente, del nascituro e dei sanitari. Individuazione delle questioni etiche. Indicazioni metodologiche per lo svolgimento dei lavori.

Formazione di sei sottocommissioni:

Ad ogni sottocommissione viene chiesto di analizzare un singolo aspetto della questione:

- ✓ **I diritti della paziente**
- ✓ **Il punto di vista dei sanitari**
- ✓ **La soggettività giuridica del nascituro**
- ✓ **Riflessione filosofica: lo statuto ontologico dell'embrione**
- ✓ **Approfondimento scientifico: embriogenesi e fetogenesi**

Lettura e analisi dei documenti nelle sottocommissioni.

- 17 e 19 gennaio: lavori nelle sottocommissioni.
- 24 gennaio: presentazione dei risultati delle singole sottocommissioni.
- 2 febbraio: discussione e stesura di una bozza di verbale di sintesi del parere.
- 16 febbraio: ultima revisione del parere e approvazione

PRESENTAZIONE DELLA STORIA DI CURA

Una donna di trentaquattro anni (M.B.), all'ottavo mese di gravidanza, è colta dalle doglie. Accompagnata dal marito (G.R.), raggiunge l'ospedale di riferimento, dove i medici si trovano a dover fronteggiare una situazione estremamente complessa: il travaglio è ormai inoltrato, il bambino si presenta podalico e la donna, colta da grave emorragia, necessita di una trasfusione di sangue. Alla richiesta di poter procedere con un'emotrasfusione, i medici si scontrano inaspettatamente con l'irremovibile volontà del marito che si oppone alla trasfusione, facendosi interprete della volontà della moglie. Il marito fa riferimento alle Direttive Anticipate di Trattamento (DAT), regolarmente depositato dalla moglie presso il Comune di residenza, e che la donna porta con sé; nel documento essa afferma, sulla base dei propri convincimenti religiosi, di non voler



essere trasfusa, anche nel caso in cui la mancata trasfusione possa costituire un rischio per la propria vita. Nello stesso documento la donna nomina il marito come proprio fiduciario.

Viene perciò interpellato il Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC) locale, perché i medici si trovano implicati in un gravoso conflitto di diritti e doveri, non solo nei confronti della paziente, che è in stato di incoscienza, ma anche del nascituro, per la cui vita si prospettano notevoli rischi.

RISULTATI DEI LAVORI DELLE SOTTOCOMMISSIONI

In relazione al quesito etico posto dai sanitari e tenendo conto dei diversi soggetti coinvolti, le sottocommissioni in cui si articola il CEPC hanno analizzato i singoli aspetti della questione e individuato i riferimenti deontologici, normativi e filosofici che definiscono la cornice etico-giuridica entro la quale esaminare la storia di cura.

1. I DIRITTI DELLA PAZIENTE

I. LE NORME COSTITUZIONALI E DI CARATTERE COSTITUZIONALE

ARTICOLO 2 DELLA COSTITUZIONE

L'articolo 2 della Costituzione recita: *«La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»*¹.

Un simile principio è altresì richiamato nell'art. 3 della Carta Europea dei Diritti fondamentali dell'Uomo che riguarda però specificatamente i trattamenti medici. L'équipe sanitaria deve, infatti, rendere il più possibile autonomo il paziente mediante un'informazione chiara, completa, dettagliata e comprensibile circa il suo stato di salute, in modo tale che possa partecipare al processo decisionale in maniera consapevole.

Il paziente può decidere anche di rifiutare, in tutto o in parte, di ricevere informazioni circa il proprio stato di salute.

Stando inoltre agli articoli 10 e 11 della Carta Europea, il medico, nel fornire le informazioni circa lo stato di salute, non deve condizionare il paziente in modo diretto, né altre autorità possono ingerire sull'autodeterminazione del paziente.

¹ L'articolo 2 è inserito nei *Principi Fondamentali* della Repubblica, ossia una raccolta di dodici articoli che contengono i diritti fondamentali delle persone; essi sono irrinunciabili e inderogabili, non possono essere rifiutati da nessuno e, tantomeno, possono essere oggetto di revisione costituzionale. Si riporta, a tal proposito, il paragrafo 2.1. del *Considerato in diritto* della sentenza Corte costituzionale n. 1146/88: «2.1.[...] La Costituzione italiana contiene alcuni principi supremi che non possono essere sovvertiti o modificati nel loro contenuto essenziale neppure da leggi di revisione costituzionale o da altre leggi costituzionali [...]»



ARTICOLO 13 DELLA COSTITUZIONE

I principi dell'articolo 2 della Costituzione sono poi ripresi nell'articolo 13, il quale sancisce il principio di inviolabilità dell'uomo. Con tale principio il legislatore intese tutelare la libertà delle persone ad autodeterminarsi, ossia di assumere decisioni sul proprio corpo in maniera autonoma e indipendente. Gli unici casi nei quali è concesso di non acquisire la volontà del singolo, devono essere motivati dall'autorità e concessi dalla legge².

ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE

L'articolo 32 della Costituzione recita: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*».

L'art. 32, oltre a garantire il diritto alla salute, rende esplicito per la prima volta nella Costituzione il divieto a effettuare trattamenti sanitari in modo arbitrario, senza adeguata motivazione, non concessi in base alla legge e privi dell'assenso della persona interessata. In particolare, il secondo comma ribadisce l'autodeterminazione del paziente, ossia la capacità di assumere scelte sulla propria salute in autonomia, estendendo esplicitamente all'ambito della salute i principi enunciati nell'articolo 13.

In relazione all'interesse della salute pubblica, è sostanzialmente pacifica l'interpretazione dell'art. 32 della Costituzione, e delle relative disposizioni collegate (ad esempio, art. 13), secondo la quale i principi di autodeterminazione e di autonomia decisionale del singolo decadono ove sopravvenga l'interesse pubblico della comunità. È infatti in base a tale principio che si giustificano/autorizzano le misure quali l'obbligo vaccinale³.

ARTICOLI 5 E 9 DELLA CONVENZIONE DI OVIEDO

La *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina*, promossa dal Consiglio d'Europa attraverso un comitato *ad hoc* di esperti di bioetica, e firmata a Oviedo il 4 aprile 1997, rappresenta una pietra miliare per lo sviluppo di regolamenti internazionali volti a orientare eticamente le politiche della ricerca di base e applicativa in ambito biomedico, e a proteggere i diritti dell'uomo dalle potenziali minacce sollevate dagli avanzamenti biotecnologici. In particolare, negli articoli 5 e 9 si pone l'accento sul già citato principio di autodeterminazione del malato.

² Si riporta il testo dell'articolo 13 della Costituzione: «La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. [...]».

³ Corte costituzionale, sentenza n. 218 del 1994; Tribunale amministrativo regionale del Friuli Venezia Giulia, sezione prima, sentenza 8 settembre 2021, n. 261; Consiglio di Stato, sezione terza giurisdizionale, sentenza 14 ottobre 2021, n. 7045.



L' Articolo 5 propone una regola generale: *"Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi"*. Mentre l'articolo 9 fa riferimento alle volontà del paziente e alle volontà precedentemente espresse: *"I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione"*.

II. LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219 - "NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO"

FINALITÀ

La legge 22 dicembre 2017, n. 219 reca "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Essa, in particolare, in conformità con gli artt. 2, 13 e 32 Cost. e 1, 2 e 3 della Carta EU dei diritti fondamentali, ha come obiettivo la tutela della dignità della vita e della salute del singolo garantendo:

- a) autonomia, libertà di scelta e autodeterminazione del paziente;
- b) libera, esplicita e chiara informazione circa lo stato di salute del paziente.

CONSENSO INFORMATO

Si tratta di un documento portante l'affermazione della capacità del paziente di scegliere di iniziare, rifiutare, interrompere o ricominciare una terapia, ovvero di effettuare uno o più esami diagnostici. Esso ha il fine di valorizzare il rapporto medico-paziente anche mediante la pianificazione delle eventuali cure. La pianificazione delle cure e l'informazione sullo stato del paziente è periodo di cura a tutti gli effetti della legge.

Dato che il consenso informato si basa in ragione della comunicazione fra l'equipe sanitaria e il paziente e, ove questi lo accetti o lo richieda, anche fra l'equipe e la famiglia del paziente, essa deve ispirarsi ai seguenti principi:

- a) esposizione chiara e comprensibile al paziente delle sue condizioni legate alle patologie;
- b) indicazione degli esami e delle diagnosi necessari eventualmente da condurre;
- c) esposizione dei benefici e i rischi delle terapie da seguire, anche con riguardo all'efficacia;
- d) indicazione e descrizione delle terapie alternative non ancora definitivamente approvate;
- e) esposizione delle conseguenze al rifiuto di seguire una terapia o di condurre degli esami.

Il consenso informato deve essere acquisito dal personale sanitario con modalità coerenti con le condizioni del paziente, in forma scritta o mediante videoregistrazione o, comunque, grazie altri mezzi adatti a far comunicare le persone affette da disabilità. Esso deve quindi essere depositato nel fascicolo sanitario elettronico.



DIRITTI DEL PAZIENTE

Il paziente ha il diritto di decidere di iniziare o rifiutare o, ancora di proseguire, di interrompere o ricominciare una terapia finanche questa sia vitale (come l'alimentazione o l'idratazione artificiale, l'intubazione o la trasfusione); ugualmente vale per gli esami o le diagnosi. Tale decisione deve esser riportata nel fascicolo sanitario elettronico.

Il medico è tenuto a sottostare alle volontà che il paziente esprime circa un trattamento o un esame. In caso di morte o lesioni, anche non reversibili o gravi, sono escluse le cause di punibilità nei confronti del medico, dato che esso si è attenuto alla decisione del paziente.

Il paziente tuttavia non può richiedere trattamenti sanitari o esami vietati o non previsti dalla legge o dalle norme dei codici deontologici; a fronte di tale richiesta, il medico o il personale sanitario può rifiutarsi di attenersi alle decisioni del paziente.

DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Si tratta di documenti ufficiali redatti da persone maggiorenni e nelle condizioni di intendere e di volere in previsione di una possibile e futura incapacità dovuta a stati comatosi irreversibili o, comunque, ad altre condizioni cliniche irreversibili tali che il paziente non sia in grado di comunicare in nessun modo.

Una copia delle DAT deve essere consegnata ad un fiduciario (o a ciascun fiduciario) ossia una persona incaricata di rappresentare il paziente nei casi previsti dal precedente paragrafo. Esse contengono l'assenso o il rifiuto a subire un futuro trattamento.

Il fiduciario può rinunciare, in qualsiasi momento, con atto ufficiale, la responsabilità di possedere la DAT. Ad esso può inoltre essere revocato tale compito da parte del sottoscrittore in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la DAT.

Il personale medico può disattendere le DAT o omettere di acquisirle:

- a) ove lo richiedano condizioni di effettiva emergenza o urgenza che rendano incompatibile la necessità di agire rapidamente dal punto di vista medico-sanitario con l'acquisizione e l'eventuale interpretazione della direttiva anticipata;
- b) previa consultazione del fiduciario, in caso di manifesta incompatibilità con le circostanze di fatto.

Le direttive anticipate di trattamento devono essere redatte con atto pubblico, certificato da un pubblico ufficiale come il segretario comunale, o con atto privato, certificato con l'apposizione del sigillo da parte del notaio o comunque da una persona abilitata a tale funzione. Possono inoltre consistere in una videoregistrazione ove il sottoscrittore non sia in grado di scrivere o con altri mezzi adatti a mettere permettere la comunicazione da parte di persone affette da disabilità.

Le DAT possono essere revocate in ogni momento con le stesse formalità richieste per la sottoscrizione ovvero mediante dichiarazione verbale raccolta da un medico assistito da due testimoni.



2. IL PUNTO DI VISTA DEI SANITARI

In base ai principi enunciati nel *Belmont Report*⁴, documento suddiviso in tre parti, si possono definire gli orientamenti etici e operativi da seguire all'interno della storia di cura presa in esame.

La prima parte descrive i confini tra pratica e ricerca⁵; la seconda parte evidenzia i principi etici fondamentali⁶, che sono alla base della pratica clinica; la terza parte pone in evidenza alcune possibili applicazioni⁷ dei principi generali espressi nella seconda sezione.

Nello specifico, la nostra storia di cura ci invita ad esplorare la seconda sezione dove si evidenziano quattro nuclei etici fondamentali.

PRINCIPIO DI AUTONOMIA

Il paziente può e deve, nei limiti delle sue condizioni fisiche e psichiche, partecipare al processo decisionale, contro ogni forma di paternalismo medico; non può pertanto essere sottoposto a trattamenti sanitari senza che i clinici abbiano acquisito il suo consenso informato. In particolare questo principio trova applicazione anche nelle norme del Codice Deontologico dei medici. Ci si riferisce ai seguenti articoli:

Articolo 20: Relazione di cura. La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Articolo 35: Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

Articolo 38: Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Mentre per quanto riguarda il Codice Deontologico degli infermieri:

Articolo 6: L'Infermiere deve sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni contrarie alle proprie.

⁴ *Belmont Report* è stato stipulato nel 1976 dallo **United States Department of Health** per definire i limiti di liceità entro i quali condurre ricerche che prevedano il coinvolgimento umano.

Tale rapporto deriva da un codice precedente elaborato a seguito del **processo di Norimberga** chiamato **Codice di Norimberga** che ha posto le basi per il concetto di "consenso informato" e su cui si basa la presenza dei **comitati etici**.

I principi del *Belmont Report* sono stati successivamente riformulati nel 1991 da Tom.L. Beauchamp e da James.F. Childress, all'interno del volume *I principi della bioetica e dell'utilitarismo*. Il *Belmont Report* è un insieme uniforme di regole per la protezione dei soggetti umani nell'ambito della pratica clinica, informalmente chiamato *Common Rule*.

⁵ La **pratica clinica** ha come scopo quello di tutelare e migliorare il benessere dei singoli, mentre la **ricerca sperimentale** ha come fine quello di contribuire allo studio e all'avanzare delle conoscenze mediche e scientifiche. In base al documento analizzato infatti il medico non può applicare nessuna pratica clinica sperimentale che non garantisca il benessere e la sicurezza del paziente.

⁶ I **principi etici fondamentali** sono una serie di norme sulle quali si basa l'etica della medicina, i quali derivano da una riflessione che affonda le sue basi nella tradizione medico sanitaria a partire dal giuramento ipocratico e che mantiene ancora una certa validità.

⁷ Le applicazioni sono una serie di procedure applicative suggerite al fine di garantire il pieno rispetto dei principi delineati nella seconda parte del *Belmont Report*.

Riassunto Art. 1 definizione codice deontologico dei medici: insieme di regole che definiscono i valori etici dell'esercizio dei medici, chirurghi e odontoiatri



Qualora l'assistito esprima con persistenza la volontà di ricevere trattamenti in contrasto con i propri valori personali, principi etici e principi professionali dell'infermiere; egli è tenuto alla continuità delle cure e al mantenimento di un dialogo costante con la persona assistita.

In caso di astensione l'infermiere si assume la responsabilità delle proprie scelte e può avvalersi della clausola di coscienza, permettendogli di ricercare il dialogo con il paziente, le istituzioni e le altre figure professionali.

Articolo 17: L'infermiere deve accogliere il contributo del paziente, il suo punto di vista e le sue emozioni.

Inoltre egli è responsabile dell'informazione, dell'educazione e del supporto dell'interessato oltre a coinvolgere ed informare le persone a lui vicine finché egli esprima il consenso.

Articolo 33: L'infermiere è responsabile della redazione della documentazione clinica di competenza, allo scopo di permettere la chiarezza e la comprensione da parte della persona assistita, in modo da consentire o rifiutare attraverso il consenso o il dissenso il trattamento infermieristico.

Articolo 40: L'infermiere è tenuto nel rispetto alle norme vigenti e della trasparenza a formalizzare attraverso un contratto di cura l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, includendo: l'assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, la tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

PRINCIPIO DI BENEFICENZA

Il personale sanitario ha come obiettivo quello di migliorare la condizione fisica e psichica del paziente, prendendo decisioni mirate ad ottenere il miglior interesse del proprio assistito.

Nel Codice Deontologico dei Medici si legge:

Articolo 3: Doveri del medico. Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Articolo 8: Obbligo di intervento. Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza.

Per quanto riguarda il codice deontologico degli infermieri abbiamo due articoli che rientrano all'interno del principio di beneficenza:

ART 3: L' infermiere deve svolgere il suo operato a prescindere dalle scelte di vita del paziente, dell'orientamento sessuale, etico, sociale e religioso. Egli deve assistere la persona nel rispetto della dignità, libertà e uguaglianza.

ART 5: L'infermiere, nell'interesse del paziente, deve promuovere il dialogo e il confronto nel caso di dilemmi etici, approfondendo così l'analisi e la discussione con l'Ordine Professionale.

PRINCIPIO DI NON MALEFICENZA

Il personale sanitario deve evitare decisioni che procurino danno al paziente. Infatti, si legge nei seguenti articoli:



Articolo 16: Le prescrizioni e i trattamenti terapeutici devono, poi, essere ispirati al principio del c.d. "rischio-beneficio". I pericoli e le controindicazioni della cura devono cioè essere bilanciati dalla possibilità di successo o, comunque, di buon risultato della cura stessa.

Nel Codice Deontologico degli Infermieri si legge:

Articolo 16: L'infermiere deve riconoscere l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale quali elementi fondanti per rispondere alle richieste della persona.

Articolo 32: L'infermiere partecipa al governo clinico⁸ promuovendo le migliori condizioni di sicurezza per la persona assistita, inoltre egli aderisce alle procedure e ai percorsi di prevenzione e gestione delle problematiche e informa le persone coinvolte.

3. SOGGETTIVITÀ GIURIDICA DEL NASCIUTO

COSA DICE IL CODICE CIVILE?

ARTICOLO 1

La capacità giuridica⁹ si acquista dal momento della nascita¹⁰.

I diritti che la legge riconosce a favore del concepito¹¹ sono subordinati all'evento della nascita.

COSA COMPORTA?

Secondo l'articolo 1 del Codice Civile il bambino non ancora nato non ha diritti, quindi non ha, ad esempio, diritto alla vita. La questione dei diritti nella fattispecie considerata sembra, quindi, molto chiara e non soggetta ad interpretazione.

La tematica, ad un esame più accurato, evidenzia però un certo grado di ambiguità, come emerge dal commento, prodotto da Francesca Giardina¹², all'articolo 1 del Codice Civile e dal contributo di Francesco Rinaldi nell'articolo *La problematica soggettività giuridica del nascituro, con particolare riguardo al diritto a nascer sani: Bioetica di un recente diritto*.¹³

Francesco Rinaldi sottolinea come l'edificazione di una categoria di diritti fondamentali del nascituro, in termini di diritti della persona, sconta un significativo grado di indeterminatezza di fonti di riferimento.

Gli unici elementi, sui quali la normativa sembra offrirci un certo grado di sicurezza, sono i seguenti:

⁸ Per "Governo clinico" si intende un approccio integrato tra i vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) il quale pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini.

⁹ La capacità giuridica (configurante l'attitudine ad essere titolari di poteri e doveri giuridici) sorge con la nascita di ogni soggetto giuridico (ossia, per le persone fisiche, con il distacco del feto dal grembo materno) e si perde soltanto al momento della morte.

¹⁰ Dal punto di vista giuridico, si ha nascita quando il feto è separato dal corpo materno e il neonato inizia a respirare.

¹¹ È l'essere umano che vive nel ventre materno dopo l'unione dei gameti che comporta la fecondazione. Il codice civile ricollega a tale soggetto alcuni diritti, quali la capacità a succedere.

¹² Francesca Giardina è ordinario di Diritto Civile all'Università degli Studi di Pisa.

¹³ Il presente scritto costituisce la rivisitazione della Relazione tenuta in data 5.4.2013 presso l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale nell'ambito di un seminario organizzato dal Prof. Vincenzo Baldini all'interno delle attività del Corso di dottorato di ricerca in Diritti Umani.



1. la nascita viene considerata il completamento del processo di sviluppo, e agisce da fattore determinante per l'acquisizione completa dei diritti;
2. è possibile una soggettività giuridica anticipata, che quindi permette al bambino non ancora nato di ottenere una capacità giuridica e quindi i diritti;
3. questo secondo caso potrebbe riferirsi ad un diritto "senza titolare" riferendosi in particolare ai diritti patrimoniali¹⁴

Francesca Giardina, invece, fa riferimento alla Legge del 19 febbraio 2004 n. 40, che ha introdotto "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Il testo di legge si apre con la chiara affermazione della soggettività del concepito: la legge "assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito" (art. 1). Si tratta di un'affermazione che contraddice nettamente la tradizionale impostazione, poiché colloca l'inizio della soggettività dell'uomo non più al momento della nascita, bensì all'inizio della vita prenatale.

Tornando alla Storia di cura oggetto della nostra riflessione, dal momento che non si allude a ipotetici diritti patrimoniali, riteniamo di poter sintetizzare quanto concerne la soggettività giuridica del nascituro nei seguenti termini: in virtù di quanto normato nel Codice civile, il feto di otto mesi, ancora nel grembo materno, non ottiene la propria capacità giuridica prima che l'evento della nascita occorra. I diritti della madre prevalgono, in questo caso, su quelli del figlio.

4. RIFLESSIONE FILOSOFICA: LO STATUTO ONTOLOGICO DELL'EMBRIONE

Per rispondere alla domanda "Che cosa siamo noi essenzialmente?" il filosofo e bioeticista Massimo Reichlin nel suo scritto *Inizio della vita, fine della vita e teorie dell'identità umana*¹⁵ prende in rassegna tre possibili orientamenti teorici sull'identità umana molto diffusi nel dibattito attuale, cioè il personalismo funzionalista, il mentalismo e l'animalismo, orientamenti che informano le risposte che vengono fornite a quesiti come quelli inerenti alla qualità personale dell'embrione umano. Ai fini della nostra ricerca, infatti, dovremo chiederci quale sia lo "statuto ontologico dell'embrione" come quantificazione del momento nel quale l'embrione assume le caratteristiche e i diritti della persona.

Prima di passare in rassegna ciascuna delle tre teorie, è opportuno fare una considerazione preliminare finalizzata a mostrare la complessità del problema.

La domanda sullo statuto ontologico dell'embrione è particolare, perché invita ad interrogarsi sulla vita umana, ossia su qualcosa che la maggioranza delle teorie normative considera un valore. È dunque presente, come sottolinea Reichlin una "precomprensione valoriale che orienta la nostra ricerca" a cui si associa una precomprensione teorica, per cui ogni descrizione della realtà è condizionata dall'approccio

¹⁴ Cfr. artt. 462 e 784 del Codice civile.

¹⁵ M. REICHLIN, *Inizio della vita, fine della vita e teorie dell'identità umana*, a cura di C. Viafora e A. Gainai, in *A Lezione di bioetica. Temi e strumenti*, Franco Angeli, Milano 2012.



teorico proprio dell'osservatore, che indirizza la ricerca su aspetti che considera rilevanti sulla base di categorie già acquisite.

Detto questo, la prima teoria, esaminata da Reichlin, prende il nome di "personalismo funzionalista". Secondo questo approccio, l'essenza dell'essere umano si identifica con l'essere persona. La sua identità, quindi, inizia a manifestarsi quando diventa una persona e cessa di esistere quando non lo è più. Ovviamente, sottolinea il nostro autore, "tutto sta a intendersi sulla nozione di persona"¹⁶. Il personalismo funzionalista prevede che una persona abbia determinate qualità, quali l'autocoscienza, la razionalità, un adeguato sviluppo e funzionamento della mente, tale da essere connessa e coordinata. Tale teoria è sostenuta da Michael Tooley e Hugo Tristram Engelhardt.

Tooley, in particolare, evidenzia come gli esseri umani sono persone se "hanno desideri o stati mentali correlati tra loro in modo tale da poter essere considerate soggetti di interessi non momentanei"¹⁷, individui cioè che possono sia guardare al futuro sia ripensare al passato, riconoscendosi in esso.

Le conseguenze etiche di questa teoria dipendono dal fatto Tooley connette il diritto alla vita con il possesso delle capacità mentali, detto in altri termini, se un essere umano, seguendo i parametri sopracitati, può essere considerato una persona, allora ha diritto alla vita, altrimenti no. Secondo l'autore, dunque, l'embrione e il feto che non hanno "interessi", poiché non coscienti e non soggetti ad esperienze nel mondo, non sono persone umane. Conclude osservando come la qualità personale possa essere acquisita solo qualche tempo dopo la nascita, non prima di due settimane, perché nei primi giorni di vita i neonati non si percepiscono come distinti dalla madre.

Posizioni molto simili vengono sostenute dal filosofo Engelhardt. Dal momento che "il feto non ha stabilito nel mondo una base fisica effettivamente sviluppata"¹⁸, dunque degli stati mentali e delle strutture encefaliche tali da consentirgli di avere degli "interessi", non può essere considerato una persona. La conseguenza è che un feto, come "potenzialità astratta tutta da realizzare"¹⁹, può esistere come persona solo quando comincia ad avere desideri connessi o continui.

La seconda teoria è il mentalismo (*embodied mind*), sostenuta tra gli altri dai filosofi Jeff Mc Mahan e Peter Singer, i quali ritengono che ciò che definisce la realtà umana nella sua dimensione più propria ed essenziale non sia il fatto di essere persona, ma l'essere una "mente incorporata". La mente non è intesa come la capacità di autocoscienza, la razionalità e la consapevolezza di essere un individuo che ha continuità nel tempo, ma si identifica con "le capacità che danno al corpo una *consapevolezza minima*, sufficiente a parlare di interessi"²⁰. Il feto, attorno alla venticinquesima settimana, ha un sistema nervoso

¹⁶ *Ibidem*, 193.

¹⁷ *Ibidem*, 194.

¹⁸ *Ibidem*, 195.

¹⁹ *Ibidem*, 195.

²⁰ *Ibidem*, 199.



sufficientemente sviluppato. Ha quindi una "mente", perché ha la cognizione degli stimoli esterni, può provare dolore, è dunque un essere senziente. Secondo questa teoria, quindi, se la funzionalità cerebrale è abbastanza sviluppata per generare coscienza, noi siamo di fronte ad un individuo che ha una propria identità e che rimane se stesso, finché l'encefalo è capace di svolgere quelle determinate funzioni. Si può concludere, che "la continuità necessaria all'identità non è perciò di carattere psicologico, ma fisico: è la continuità del medesimo cervello"²¹.

La terza teoria è quella dell'animalismo proposta da Eric Olson, il quale cerca di risolvere il problema dell'identità umana, proponendo un approccio biologico. Secondo quest'idea la nostra identità ha inizio già dalla formazione della stria primitiva, circa quattordici giorni dopo la fecondazione. Prima di questo momento l'embrione può ancora dare origine a gemelli omozigoti, in virtù della totipotenza delle cellule, e dunque anche se c'è "un'individualità genetica"²² non si può a rigore parlare di "individuo in senso ontologico"²³. Secondo questo approccio, inoltre, noi esistiamo come individui distinti da ogni altro, finché le attività biologiche dell'organismo funzionano. Il ciclo vitale, dunque, inizia dalla formazione della stria primitiva e finisce alla morte del tronco encefalico.

La nozione di persona, in questo quadro concettuale, risulta essere particolarmente complessa, da momento che per Olson esiste una distinzione tra il nostro essere degli animali umani o degli "organismi biologici", le cui caratteristiche definiscono un individuo, e la persona umana, che si manifesta come momento transitorio, non sostanziale, nel corso della nostra vita. Infatti, il filosofo ritiene che ad un certo punto "cominciamo ad essere persone, e poi possiamo perdere questa capacità e tornare ad essere animali umani (così come iniziamo e smettiamo di essere adolescenti)"²⁴.

Dopo aver passato in rassegna le diverse teorie sull'identità umana e aver anche cercato di mostrare che nessuna risulta essere soddisfacente per ragioni che, ai fini della nostra ricerca sono state omesse nel presente scritto, Reichlin tenta di formulare una quarta teoria che rappresenta il suo personale punto di vista sulla questione.

L'approccio di Reichlin può essere definito "personalismo sostanzialistico", in base al quale "una persona è un soggetto individuale di esistenza che ha la capacità di svilupparsi fino a diventare capace di funzioni mentali"²⁵ complesse. Questa teoria afferma, dunque, che anche un embrione o un feto sono persone, non nel senso che sono perfettamente identiche a delle persone umane nel pieno possesso delle proprie capacità psichiche o mentali, ma "nel senso che sono lo stadio iniziale di un organismo che si sviluppa senza soluzione di continuità, fino ad avere quelle caratteristiche peculiari"²⁶. La persona umana non si

²¹ *Ibidem*, 200.

²² *Ibidem*, 201.

²³ *Ibidem*, 201.

²⁴ *Ibidem*, 202.

²⁵ *Ibidem*, 203.

²⁶ *Ibidem*, 203.



identifica, allora, per il possesso in atto di certe capacità, ma con la possibilità di svilupparle, non solo dal momento della formazione della stria primitiva, ma addirittura dalla "fecondazione, attraverso la formazione di un nuovo genoma individuale"²⁷.

Il filosofo Reichlin, nonostante il suo tentativo di interpretare il concetto di statuto ontologico dell'embrione come quantificazione del momento nel quale l'embrione assume le caratteristiche e i diritti della persona, non si esime dal mettere in luce nel testo *Bioetica della generazione*, scritto in collaborazione con Paolo Cattorini, i pesanti limiti di questa impostazione teorica. L'argomentazione usata per lo più si basa sulla definizione oggettiva del concetto di persona e sull'analisi di dati scientifici.

Questo approccio appare ai due autori doppiamente problematico: il concetto di persona è difficilmente oggettivabile cronologicamente e ontologicamente ed allo stesso tempo, come evidenziato già in precedenza, risulta inattuabile un'analisi neutrale dei dati scientifici, data l'impossibilità di disgiungere ragione e morale.

Viene perciò formulata una nuova ipotesi interpretativa che tenga conto della coesistenza tra etica e logica, "ragione e decisione", "conoscenza intellettuale e fede esistenziale". I dati scientifici, quindi, non risultano traducibili in categorie filosofiche e giuridiche definite. La concentrazione deve ricadere, secondo Cattorini e Reichlin, sul "problema morale del significato degli eventi connessi all'inizio della vita umana". L'unica legislazione valida proposta è quella morale, e il problema muta nella domanda formulata dalla filosofa inglese Mary Warnock e citata nel testo: "come dovremmo trattare gli embrioni?". Si tratta di un problema di carattere strettamente etico, ovvero che concerne le "modalità e ragioni in forza delle quali qualcosa viene conosciuto come *bonum*". Una cosa considerata come degna di apprezzamento da parte della persona va quindi preservata in funzione di un imperativo morale, e non giuridico. Secondo i due autori la legge positiva deve basarsi sulla "percezione di un bene meritevole di tutela" e non è, invece, l'analisi etica del problema a dover sottostare ad una legislazione statale.

L'istituzione di una definizione precisa e circoscritta del concetto di *persona* viene, quindi, attentamente smontata dall'argomentazione dei filosofi. Essa è indicata come difficile, se non impossibile, da fornire, a causa dell'inoggettivabilità del concetto stesso di persona. Esso non è in senso stretto una "cosa" circoscrivibile attraverso procedimenti analitici, ci si può limitare ad un elenco di proprietà e caratteristiche, che non restituisce, però, il concetto integrale a cui rimandano.

Sintetizzando, dunque, l'acquisizione di un'identità da parte dell'embrione non è cronologicamente evidenziabile e l'embrione è meritevole di tutela in quanto bene in sé. Che l'embrione sia di otto mesi, come nel nostro specifico caso di studio, oppure di pochi giorni, detiene comunque un'identità ed avanza delle pretese che i genitori lo hanno fatto essere attraverso l'atto generativo.

²⁷ *Ibidem*, 203.



Questa prospettiva introdotta dai Cattorini e Reichlin suggerisce un nuovo paradigma interpretativo che può essere applicato nel nostro particolare caso di studio. I due autori esplicitano chiaramente come la durata del periodo di gestazione non vada ad influenzare il comportamento che andrebbe tenuto nei confronti dell'embrione e come quest'ultimo goda di diritti morali in quanto in vita: la sua tutela quindi deve sovrastare qualsiasi legge di tipo giuridico-positivo.

Dal testo *Bioetica della generazione* di P. Cattorini e M. Reichlin si può facilmente apprendere l'intreccio e il coinvolgimento reciproco che lega i concetti di etica, filosofia e scienza, che appaiono esplicitamente difficili da disgiungere e da analizzare singolarmente con sufficiente chiarezza. Gli stessi autori menzionano le parole di un terzo filosofo, G. Angelini, che spiega come la problematica relativa all'embrione non solo è irrisolvibile, ma è addirittura impossibile da formalizzare nei termini del voler precisare la soglia al di là della quale "non è più lecito sopprimerlo (l'embrione)".

I dati biologici, frutto di speculazioni analitiche e scientifiche, risultano difficilmente inquadrabili in rigorose categorie filosofiche, in quanto i primi, a differenza delle ultime, non tengono conto di ciò che in questa analisi è più importante, il coinvolgimento morale.

Il tentativo di affrontare l'interrogativo sull'identità dell'embrione in maniera meramente razionale e calcolata appare ai due filosofi come "francamente astratta rispetto alla verità della condizione umana". Allo stesso modo anche l'idealizzazione di un'etica scientifica è oggettivamente rovinosa. Arrogarsi la possibilità di fondare affermazioni scientifiche in ambito etico attraverso i metodi della scienza è, secondo i due autori, pregiudicante nei confronti dell'accesso in una dimensione "umana".

Attraverso l'introduzione di nuovi paradigmi di lettura nei confronti della questione della generazione di una vita umana, Cattorini e Reichlin, vogliono indurre una riforma del concetto di generazione: dalla categoria di *produzione* a quella di *accoglienza*. La vita umana va concepita come evento di cui l'uomo è solo un provocatore corresponsabile, ed egli non può, perciò, disporsi in un atteggiamento di dominio, quasi come se la nuova vita fosse un "manufatto interamente disponibile ai propri scopi". L'atteggiamento implicato nell'atto generativo è quello di chi si sottomette al compito di un evento che egli stesso ha responsabilmente causato. Parafrasando, i due filosofi indicano che il concetto di dare alla vita un nuovo essere vivente, non deve riferirsi ad un aspetto di *generazione*, ma piuttosto ad un atto di *accoglienza* di qualcosa dei quali si è suscitatori volontari.

Da una precisa lettura del testo *Bioetica della generazione* emerge come sia sostanzialmente sbagliato e fuorviante parlare di "diritti del feto" in senso strettamente giuridico. L'esistenza di una sorta di "diritto alla vita" considerato in ambito legislativo è messa in discussione in favore di un "dovere alla tutela della vita" che si configura, invece, in ambito morale. "La pretesa morale che l'altro (il feto) eleva nei miei confronti è ben più originaria di ogni diritto positivamente stabilito", sono le parole di Cattorini e Reichlin. Proprio questa pretesa è ciò che giustifica l'esistenza di un imperativo morale di tutela, dal quale, eventualmente, possono discendere leggi di tipo giuridico.



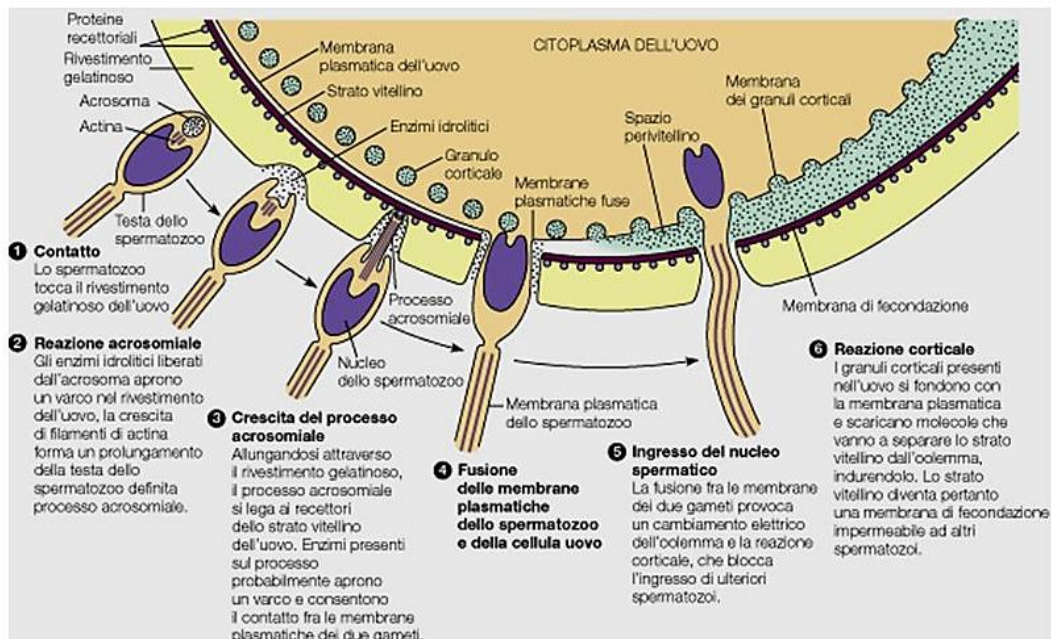
È esattamente in questo snodo argomentativo che si riesce a carpire l'opinione dei due filosofi in merito al rapporto tra il diritto alla scelta della madre e quello alla vita del figlio, se così vogliamo chiamarli. L'uomo è considerato suscitatore corresponsabile di un processo di creazione della vita che assume i caratteri dell'accoglienza. Il bene che si configura più meritevole di tutela è quello della vita dell'embrione, in quanto il genitore ha stretto un tacito patto di tutela della nuova vita attraverso l'atto generativo. Il dovere di tutela che l'embrione richiede è un imperativo di carattere morale originato dall'interrogativo: la nuova vita è conosciuta come un qualcosa degno di apprezzamento e dell'impegno della libertà? Se sì, come dovremmo trattarla?

5. APPROFONDIMENTO SCIENTIFICO: EMBRIOGENESI E FETOGENESI

EMBRIOGENESI

È la fase della gestazione che va dalla prima alle 9 settimane.

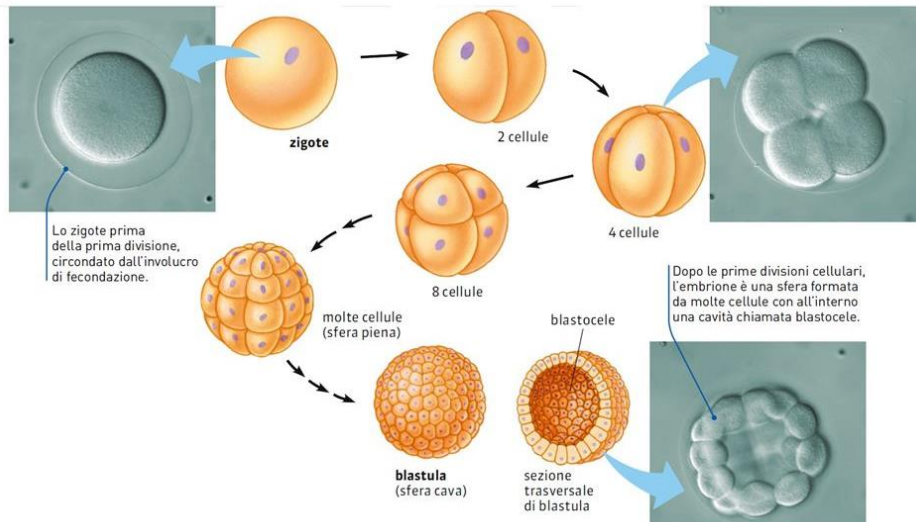
FECONDAZIONE



La fecondazione si conclude con la fusione del genoma aploide dello spermatozoo con quello della cellula uovo, dando origine alla prima cellula del nuovo organismo, chiamata **zigote**. La morfologia dello zigote dipende principalmente dalla cellula uovo in quanto lo spermatozoo apporta a quest'ultima solo il suo genoma aploide. Il materiale genetico mitocondriale è esclusivamente proveniente dalla cellula uovo, anche se dati recenti mostrano che in minor parte può derivare anche dai mitocondri dello spermatozoo.



SEGMENTAZIONE

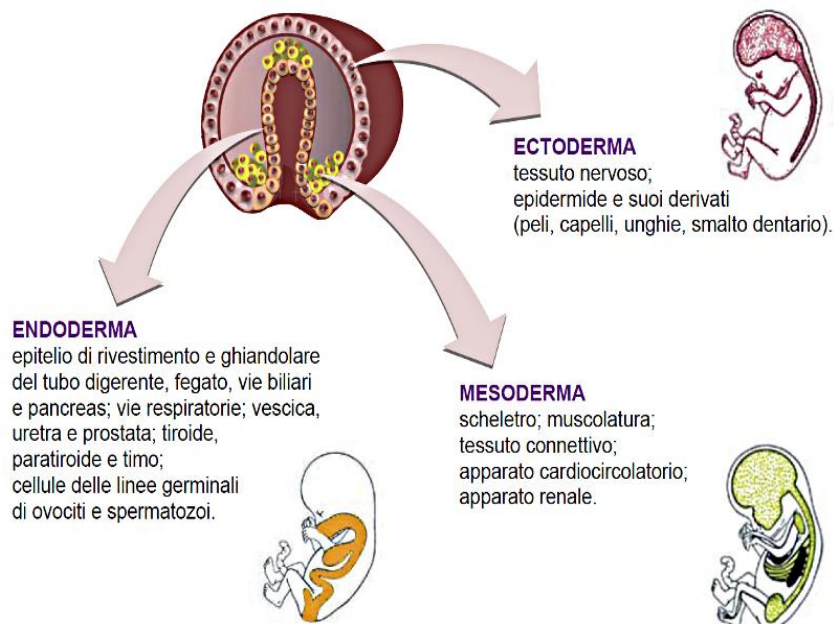


È il processo che porta lo zigote alla pluricellularità. Consiste in una serie di divisioni mitotiche senza accrescimento. Quando l'agglomerato raggiunge le 16 cellule viene chiamato **morula**.

Le divisioni cellulari proseguono fino a 128 cellule: a questo stadio l'embrione prende il nome di **blastula**. È composto da una superficie sferica detta **blastoderma**, e una cavità piena di liquido chiamata **blastocoele**.

Nell'uomo si forma una struttura chiamata **blastocisti**, caratterizzata da una massa cellulare interna chiamata **bottone embrionale** e da uno strato di cellule periferiche, chiamato **trofoblasto**. Il bottone embrionale è formato da cellule staminali embrionali pluripotenti e darà origine all'**embrione** vero e proprio, mentre il trofoblasto formerà gli **annessi embrionali**.

GASTRULAZIONE





Si tratta del processo che porta alla formazione di un embrione composto da tre foglietti embrionali:

1. **Ectoderma**, che serve per lo sviluppo del tessuto nervoso;
2. **Mesoderma**, che serve per lo sviluppo dello scheletro, della muscolatura, dell'apparato cardio-circolatorio e dei reni;
3. **Endoderma**, che serve per lo sviluppo delle vie respiratorie, del tubo digerente, del fegato e della vescica e delle cellule della linea germinale.

Alla **quarta settimana** si conclude l'impianto nell'utero e si originano la placenta e il sacco amniotico.

ORGANOGENESI

Inizia alla **quinta settimana** e determina la formazione di organi importanti come il cuore e lo stomaco.

Alla **sesta settimana** si assiste alla chiusura del tubo neurale, la struttura da cui si svilupperanno l'encefalo e il midollo spinale.

Alla **settima settimana** iniziano a formarsi bronchi e polmoni.

Alla **nona settimana** iniziano a svilupparsi ossa, nervi, muscoli e grossi vasi.

FETOGENESI

È la fase della gestazione che va dalle 10 alle 40 settimane.

Alla decima settimana, tra i due emisferi cerebrali compare il corpo calloso e continua la formazione dei nervi, muscoli e grossi vasi. All'undicesima settimana il fegato comincia a produrre globuli rossi e liquido biliare. Cominciano a svilupparsi i genitali maschili e femminili.

Tra la 17esima e la 18esima settimana il cuore è in fase di accrescimento e il cervelletto diventa visibile all'esame ecografico.

Alla 23^a settimana il tasso di sopravvivenza di un bambino fuori dall'utero è del 33%.

Alla 24^a settimana la pelle assume una colorazione rosa-rossa a causa del sangue che scorre nei capillari sottocutanei e il tasso di sopravvivenza sale al 65%.

Alla 25^a settimana inizia l'ultima fase di formazione dei polmoni e il tasso di sopravvivenza raggiunge l'81%.

Alla 26^a settimana i polmoni sono in grado di produrre il surfattante polmonare e la probabilità di sopravvivenza è dell'87%. Alla 27^a settimana il sistema nervoso continua a maturare e la percentuale di sopravvivenza aumenta fino al 94%.

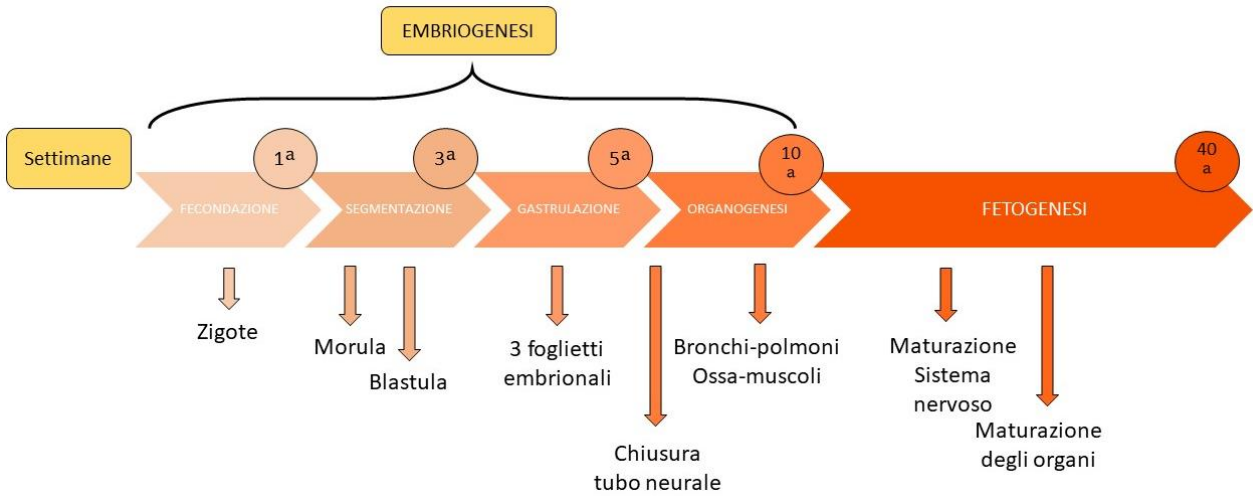
Alla 28^a settimana il sistema nervoso raggiunge la capacità di regolare la respirazione e la temperatura corporea. Alla 30^a il midollo osseo comincia a produrre i globuli rossi. Alla 32^a settimana continua la crescita del cervello, che fa aumentare le dimensioni della testa. Tra la 33^a e la 34^a settimana si induriscono tutte le ossa eccetto quelle del cranio, che rimangono morbide e flessibili in previsione del parto.

Alla 37^a settimana il feto rivolge generalmente la testa verso il collo dell'utero preparandosi al parto.

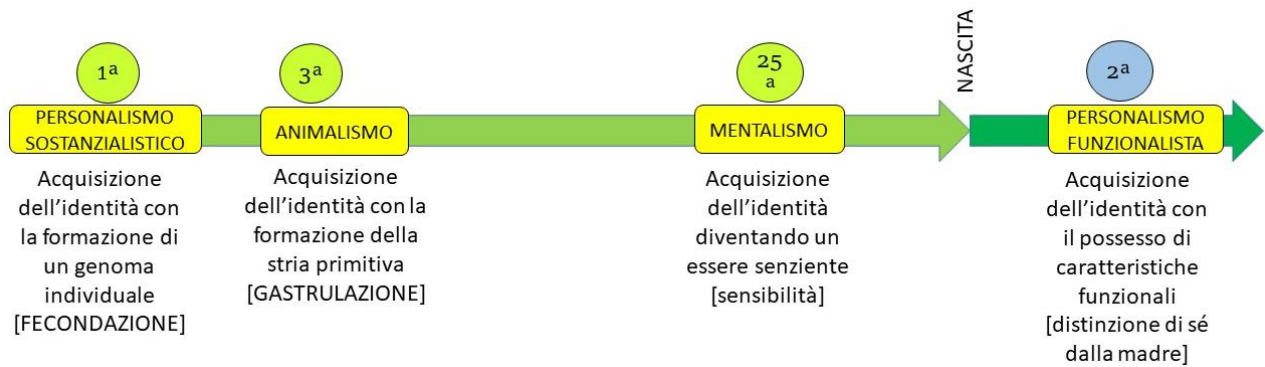
Alla 38^a settimana un eventuale parto è considerato a termine.



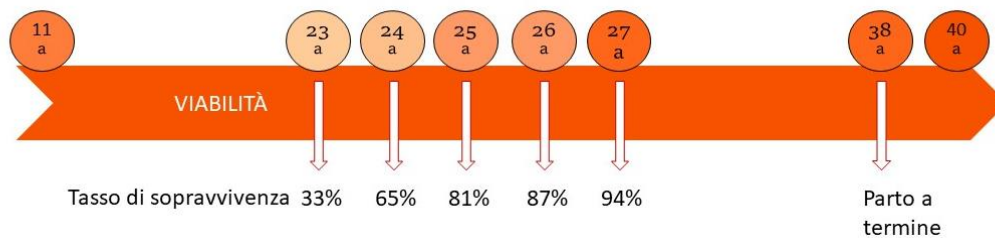
Alla 40ª settimana il feto ha completato lo sviluppo ed è pronto per nascere.



Nell'immagine che segue alcune teorie filosofiche relative allo statuto ontologico dell'embrione vengono poste a confronto con alcuni eventi biologicamente rilevanti che si verificano nel corso della gestazione.



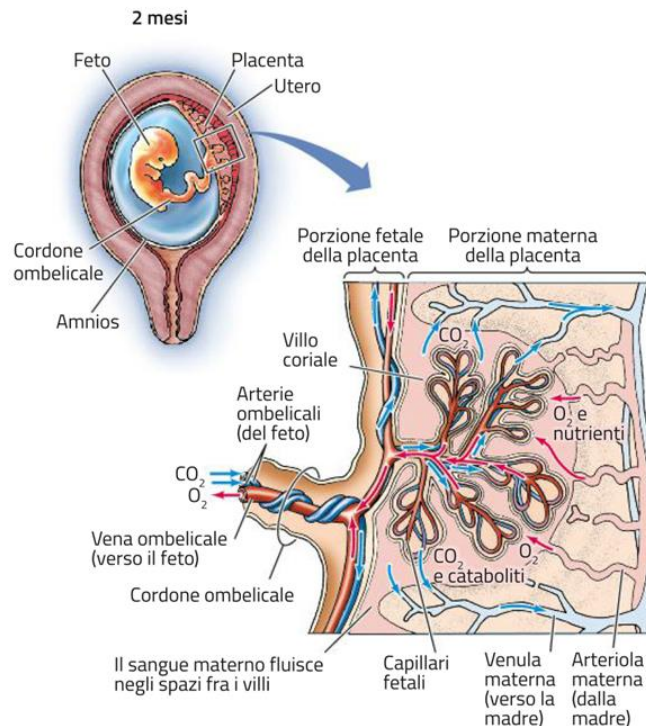
Le principali cause di mortalità dei nati prematuri sono riconducibili al fatto che l'apparato respiratorio e il sistema nervoso centrale non sono ancora adeguatamente maturati. La nascita pretermine è la causa principale della mortalità infantile nei Paesi con una Sanità evoluta e causa il quasi 30% delle morti neonatali.





SISTEMA CIRCOLATORIO PRIMA DELLA NASCITA

La circolazione prenatale del sangue è diversa dalla circolazione postnatale. Prima di nascere i polmoni non sono ancora attivi ed il feto riceve ossigeno e sostanze nutritive dalla madre attraverso la placenta e il cordone ombelicale.



Nel feto è presente un'apertura tra atrio destro e sinistro chiamata Forame Ovale, e la maggior parte del sangue che viene trasportato dalla placenta al feto attraverso la vena ombelicale, scorre da destra verso l'atrio sinistro, bypassando la circolazione polmonare.

La maggior parte del flusso sanguigno arriva nel ventricolo sinistro e viene pompato attraverso l'aorta nel corpo. Parte del sangue arriva alle arterie ombelicali e rientra nella placenta, dove il biossido di carbonio e altri prodotti di scarti del feto entrano nella circolazione della madre.

Nel feto esiste una connessione speciale tra arteria polmonare e aorta chiamata Dotto Arterioso di Botallo, che dirige il sangue proveniente dall'atrio destro e diretto nel ventricolo destro lontano dai polmoni.

Dopo la nascita, la resistenza polmonare diminuisce spingendo più sangue a entrare nelle arterie polmonari e non a fluire attraverso il Forame Ovale nell'atrio sinistro. Il sangue dei polmoni aumenta la pressione producendo la chiusura del Forame Ovale stesso, completando la separazione tra la parte destra e sinistra del cuore. Il Dotto Arterioso di Botallo si chiude normalmente 2 giorni dopo la nascita, mentre la vena ombelicale e il dotto venoso si chiudono a 2-5 giorni dalla nascita.



VERBALE

DELLA DISCUSSIONE CIRCA L'ESPRESSIONE DI UN PARERE NELL'AMBITO DEL PROGETTO DI BIOETICA, IN COLLABORAZIONE CON L'ULSS 2, SU UNA STORIA DI CURA PRESENTATA AL NOSTRO *COMITATO IN CLASSE*

Modalità della discussione

Nei giorni precedenti alla discussione, sei gruppi hanno svolto un lavoro di approfondimento inerente alle tematiche della bioetica, con approfondimenti connessi alla filosofia, agli aspetti scientifici relativi al caso ed alla giurisprudenza.

Successivamente, per ogni gruppo è stato nominato un rappresentante che ha preliminarmente discusso e analizzato il lavoro complessivo composto dall'unione dei vari documenti di approfondimento²⁸.

Dopo la discussione tra i rappresentanti dei gruppi, il lavoro è stato presentato alla classe, che ha espresso il proprio parere, riportato nel presente documento.

Premesse in fatto

1. Il caso presentato riguarda una donna di trentaquattro anni, sposata e in gravidanza, la quale, all'ottavo mese di gestazione, viene colta da doglie improvvise, contemporaneamente alle quali si presenta una grave emorragia, in grado di pregiudicare la sua vita e quella del feto. All'arrivo in ospedale, il travaglio è ormai avanzato.

2. Ai fini di mantenere in vita sia la madre che il bambino, i medici rilevano la necessità di procedere con un parto cesareo d'urgenza, che implicherebbe una trasfusione ematica, indispensabile per compensare la perdita di sangue dovuta all'emorragia. Di fronte alla richiesta di consentire alla trasfusione il marito, in qualità di fiduciario, rifiuta il consenso, facendosi interprete delle volontà della donna, che ora non può pronunciarsi, la quale aveva precedentemente espresso la sua contrarietà alla trasfusione in forma scritta nelle sue Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

3. L'opzione terapeutica del cesareo d'urgenza non risulta quindi percorribile, data la contrarietà della coppia alla trasfusione ematica e data l'impossibilità di procedere ad una tale operazione chirurgica senza trasfondere la donna.

Premesse in diritto

1. Dal punto di vista legale è sostanzialmente condivisa da parte dei rappresentati dei gruppi l'interpretazione della legge, confermata dalla giurisprudenza, secondo la quale la decisione sul futuro della paziente in questione spetta esclusivamente a lei, decisione alla quale il personale sanitario deve attenersi rigorosamente (artt. 2, 13 e 32 Cost. italiana; art. 9 Convenzione di Oviedo; artt. 10 e 11 Carta dei diritti fondamentali dell'UE; art. 4, legge 22/12/17, n. 219; Codice deontologico dei medici e degli infermieri, art. 3; art. 1 Codice civile).

²⁸ Quanto contenuto nel presente Verbale rappresenta la sintesi di un lungo lavoro di analisi fatto dai gruppi di lavoro istituiti nell'ambito del *Comitato in Classe*. Si rimanda, per un approfondimento dei temi in esame, all'ALLEGATO 1 del Verbale.



2. Rilevante è comprendere se i diritti e le capacità giuridiche del nascituro vengano acquisite in via esclusiva dal momento della nascita o se vi siano degli elementi legali che consentano di attribuire tali facoltà, almeno in parte, anche all'embrione o al feto, cioè durante il periodo della vita intrauterina. Se infatti il nascituro possedesse in tutto o in parte tali diritti, i sanitari potrebbero disattendere le DAT in quanto, negando la vita a un essere in possesso di diritti, i genitori commetterebbero un reato²⁹.

A tal proposito, sono state esposte e discusse nel nostro *Comitato in Classe* le tesi dei filosofi Massimo Reichlin e Paolo Cattorini, i quali evidenziano, richiamandosi anche alla tradizione filosofica, come non sia facile la definizione del momento nel quale l'embrione assume le caratteristiche e i diritti di una persona fisica. Questo aspetto ha acceso un vivo dibattito all'interno del *Comitato*. Una minoranza di componenti dello stesso ha inteso evidenziare la problematicità della questione, sottolineando come la pretesa morale che il feto eleva nei confronti della madre è ben più originaria di ogni diritto positivamente stabilito, poiché attraverso l'atto generativo, come suggeriscono i filosofi, il genitore ha stretto un tacito patto di tutela nei confronti della nuova vita. Proprio questa pretesa è ciò che giustificerebbe l'esistenza di un imperativo morale di tutela, dal quale, eventualmente, possono discendere leggi di tipo giuridico.

2.1. Rispetto all'acquisizione dei diritti da parte della persona, la giurisprudenza italiana non presenta invece alcuna ambiguità. L'articolo 1 del Codice Civile sancisce infatti che i diritti e la capacità giuridica vengano guadagnati solo al momento della nascita. Altre interpretazioni in senso contrario non sono state rilevate, tantomeno può essere dedotto diversamente, anche in virtù di due distinte pronunce della Cassazione, la quale ha estinto qualsiasi dubbio dal punto di vista giuridico (n. 2023/1993 e n. 10741/2009), confermando l'interpretazione generale all'art. 1 CC.

Questo orientamento è inoltre avvalorato dalle riflessioni di Francesco Rinaldi e Francesca Giardina (quest'ultima ordinario di Diritto di Civile presso l'Università di Pisa), i quali hanno infatti affermato che l'*essere*, ovvero la categoria dell'esistere, alla quale il feto appartiene, non implica automaticamente l'*avere*, ossia il possedere dei diritti.

2.2. La conclusione è che non vi siano sufficienti elementi, almeno da questo primo punto di vista legale, che autorizzerebbero il personale sanitario a violare le volontà sancite nelle DAT della donna, procedendo con un cesareo d'urgenza e con la necessaria emotrasfusione.

3. Due dei sei rappresentanti dei gruppi hanno sollevato questioni circa l'applicabilità della DAT in quanto non conformi alla fattispecie in esame. Tali questioni sono state ritenute rilevanti e fondate anche dagli altri rappresentanti dei gruppi, nonché dall'intero *Comitato in Classe* al momento della discussione collettiva.

3.1. Alcuni dei componenti del gruppo hanno infatti evidenziato come le DAT della donna non sembrano riferirsi esplicitamente al caso preso in esame. Esse, infatti, forniscono indicazioni circa il diniego alla trasfusione in caso di necessità per la donna, ma non menzionano esplicitamente lo stato di gravidanza.

3.2. Un ulteriore elemento farebbe inoltre dubitare dell'applicabilità della DAT alle circostanze di fatto. La legge dispone, infatti, che queste possono essere disattese se vi è incongruenza con il caso

²⁹ L'articolo 1, comma 6, secondo periodo, della legge n. 219 del 2017, dispone che l'operatore sanitario può disattendere le disposizioni anticipate di trattamento quando *il paziente esige trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali*.



prospettato ai medici e in situazioni di emergenza, occasione nella quale non sarebbe possibile avere tempestiva contezza del documento depositato.

I fatti non sembrano però consentire di dar seguito alla possibilità di disattendere le DAT. Il documento della donna non prevede un riferimento esplicito alla gravidanza, tuttavia il marito, in qualità di fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 219 del 2017, ha fornito una netta interpretazione della volontà della moglie: divieto categorico di procedere a emotrasfusioni, ritenendo di dover applicare le DAT anche alla situazione in esame.

Rilevato che la legge sulle DAT (n. 219 del 2017) sancisce che il fiduciario assume il compito di interprete delle volontà del paziente, e che il marito - in qualità di fiduciario - ha dichiarato il rifiuto di procedere a trasfusioni ematiche, devono essere ritenute inammissibili le prime questioni sollevate dai rappresentanti del gruppo, inerenti all'applicabilità delle direttive anticipate di trattamento perché in contrasto con i fatti descritti.

La situazione di emergenza che si è venuta a creare richiede l'assunzione di rapide decisioni. In tali condizioni potrebbero essere disattese le DAT. Tuttavia, la donna ha con sé una copia del documento, per cui sono inammissibili anche le seconde questioni sollevate.

3.3. Nel complesso non sono state riscontrate quindi circostanze che permettano al personale sanitario di violare la decisione della paziente, espressa dal suo fiduciario, per cui si ritiene sia lecito dare seguito alle sue volontà, pur nella consapevolezza delle conseguenze *quoad vitam*³⁰ per lei e per il bambino.

Qualora ci siano delle evidenze medico-scientifiche che suggeriscono la possibilità di salvare il nascituro con un cesareo d'urgenza, una parte del *Comitato* ritiene sia auspicabile che l'équipe dei sanitari si faccia carico di un ultimo tentativo di mediazione con il marito, dato che rimane dubbia la scelta che la donna avrebbe fatto per il proprio figlio. Ciò non significa violare l'autodeterminazione della paziente: sebbene sia stato accertato che non è legalmente percorribile un intervento che sia contrario alle volontà della coppia, se il *Comitato in Classe* si limitasse a osservare la questione da un mero punto di vista legale, senza espletare una funzione di consiglio, verrebbe meno alla sua funzione di supporto agli operatori sanitari e alla coppia stessa.

Il presente verbale è approvato all'unanimità.

Motta di Livenza, addì 15 febbraio 2022

Redatto dai rappresentanti dei gruppi

Boscariol Alex

Corleanca Alexandru

Maragliano Michelangelo

Pichardo Kevin

Simonetto Giulio

³⁰ *Quoad vitam*: locuz. lat. (propr. «per ciò che riguarda la vita»). – Espressione usata nella formulazione di prognosi mediche che fa riferimento alla sola sopravvivenza, senza pronunciarsi in merito al riacquisto della salute o a un recupero funzionale.



Istituto Superiore "Antonio Scarpa"
MOTTA DI LIVENZA | ODERZO