

Autodeterminazione e responsabilità sanitaria: le trasfusioni di sangue nei pazienti Testimoni di Geova

Jacopo Giammatteo¹, Francesco Paolo Cherra², Massimiliano Postorino³, Luigi Tonino Marsella⁴

¹ Dottore in Giurisprudenza, Roma

² Avvocato, Roma

³ Cattedra di Malattie del Sangue, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁴ Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

ABSTRACT

The present article begins with a brief analysis of the biblical reasons why Jehovah's Witnesses refuse transfusions, to analyze the right to self-determination of a patient, which is exercised through the express informed consent to medical treatment.

Then, the article examines three situations that a doctor who is treating a Jehovah's Witness may face: a non-urgent clinical situation that allows different treatment choices; a condition that requires treatment choices obliged but deferrable over time; and, finally, a situation that forces the doctor to a single therapeutic choice not postponed and predictable.

Keywords: Self-determination; Jehovah's Witnesses; Blood transfusion

Self-determination and medical liability: blood transfusion in Jehovah's Witnesses patients
Pratica Medica & Aspetti Legali 2017; 11(2): 23-27
<https://doi.org/10.7175/pmeal.v11i2.1296>

Corresponding author

Jacopo Giammatteo
giammatteojacopo@gmail.com

Disclosure

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo

■ INTRODUZIONE: IL TESTO BIBLICO ALLA BASE DELLE SCELTE DEI TESTIMONI DI GEOVA

I Testimoni di Geova – movimento religioso cristiano, teocratico, millenarista fondato in Pennsylvania (USA) nel 1870 da Charles Taze Russell – hanno tra i loro precetti il divieto di donare o ricevere sangue. Le motivazioni di questa scelta vengono perlopiù ricondotte all'interpretazione del testo biblico, ai quali i fedeli di questo movimento strettamente si attengono.

Secondo la lettura data dai Testimoni di Geova, Dio proibisce l'utilizzo del sangue in quanto "elemento sacro". Tale disposizione – contenuta in alcuni passi del *Pentateuco* (insieme dei primi

cinque libri della Bibbia) – pone l'assoluto divieto di utilizzare il sangue a scopo di nutrimento, terapia o trasfusione.

In particolare nella *Genesi*, Dio – al termine del diluvio universale – concesse a Noè e alla propria discendenza di alimentarsi anche con la carne degli animali, vietando però loro di nutrirsi del sangue: «ogni animale che si muove ed è in vita vi serve di cibo. Come nel caso della verde vegetazione vi do in effetti tutto questo. Solo non dovete mangiare la carne con la sua anima, il suo sangue» (Gen. 9:3, 4)¹.

Come anche in altri passaggi: «non dovete mangiare il sangue di nessuna sorta di carne, perché l'anima di ogni sorta di carne è il suo sangue. Chiunque lo mangi sarà stroncato» (Levitico 17:14; Si vedano anche Atti, 15: 19,20,29 e 21: 25).

¹ Per la traduzione delle citazioni, si fa riferimento al sito <https://www.jw.org/it> (ultimo accesso giugno 2017)

Precetti analoghi – la cui interpretazione non è sempre univoca – si trovano oltre che nella Bibbia (*ex multis*: astenersi dal mangiare la carne il venerdì), anche in altri testi delle fedi monoteiste, come ad esempio nel Corano, che vieta di mangiare la carne di maiale.

Una diversa lettura dei testi Sacri, seguita dalla maggioranza dei fedeli, interpreta tali prescrizioni alla stregua di semplici regole da seguire per una corretta alimentazione, nulla di più.

Questo secondo, diverso, orientamento trova origine nella convinzione che le prescrizioni *de quibus* debbano essere lette e interpretate tenuto conto del contesto storico nel quale videro la luce, tempo in cui, al consumo di carne, erano associate le patologie derivanti da parassitosi animali e per le quali non vi erano cure efficaci.

In sostanza, si ritiene che la forza impositiva del precetto religioso potesse al tempo essere utilizzato per ridurre efficacemente i rischi derivanti dal consumo delle carni e salvaguardare conseguentemente la salute del popolo.

■ AUTODETERMINAZIONE DEL PAZIENTE E RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

L'approfondimento della fattispecie in esame non può prescindere da un'attenta analisi dei principi enunciati nell'articolo 32 della Carta costituzionale: «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».

Un primo segmento dell'articolo, come si legge, riconosce e tutela in via generale il diritto alla salute, suggellandone la valenza nell'interesse della collettività.

La porzione seguente – che è quella che maggiormente riguarda la nostra disamina – dilata ulteriormente la libertà del singolo individuo ad autodeterminarsi rispetto alla propria salute, restringendo tale autonomia solo in alcuni casi regolati dalla legge.

Precisa, infine, che anche le norme in grado di superare – nell'interesse della collettività – la libertà del singolo, trovino il loro limite nel «rispetto della persona umana».

Ne discende che qualsivoglia attività di cura esercitata dal medico abbia come «onere preliminare» quello di informare correttamente il paziente sull'iter terapeutico che verrà seguito, di talché egli sia messo nella migliore condizione possi-

bile per operare la scelta più vicina alla propria determinazione.

L'esercente la professione sanitaria che non informa correttamente ed esaustivamente il paziente sulla tipologia di cure che intende prestare viene meno al proprio dovere, in quanto non pone l'individuo nella condizione di esercitare correttamente il diritto di autodeterminarsi [1].

Solo, quindi, una corretta ed esaustiva informazione sarà idonea a mettere il paziente nella condizione ideale per esercitare la scelta terapeutica maggiormente vicina alle proprie determinazioni.

Tale fondamentale esercizio della libertà personale non dovrà quindi mai essere condizionato dal sanitario, né tantomeno lasciato al caso, ma sempre essere un atto autentico e consapevole².

Un preciso riferimento all'autodeterminazione dell'individuo, inoltre, è rinvenibile nella *Convenzione di Oviedo*, ove si stabilisce che il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non debba essere valutato solo alla stregua del profilo della liceità del trattamento, ma considerato come un vero e proprio diritto fondamentale del «cittadino europeo», da inquadrarsi nell'ambito più generale del diritto all'integrità della persona, così come sancito dall'art. 5 del dettato convenzionale recepito: «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. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso» [2,3].

² In proposito, si riporta la nota di Maria Stella Bonomi dal titolo «Il consenso informato e l'autodeterminazione del paziente»: «Il diritto all'autodeterminazione è stato chiamato in causa nei recenti casi dei pazienti Welby ed Englaro, in relazione ai quali si è posto il problema di stabilire quale sia il limite di tale diritto e se sia consentito a un soggetto, in particolari condizioni, di decidere il momento terminale della propria vita. Secondo il Tribunale di Roma (ordinanza del 16 dicembre 2006, Welby), anche ammettendo che, in linea di principio, nell'ordinamento giuridico italiano possa configurarsi il diritto di un paziente alla consapevole e informata autodeterminazione nella scelta delle terapie alle quali sottoporsi, e in particolare all'interruzione di terapie c.d. «salvavita», in concreto tale diritto non è tutelabile a causa della mancata definizione, in sede normativa, delle sue modalità attuative, in particolare per quanto concerne i limiti del c.d. «accanimento terapeutico». In relazione alla vicenda Englaro, i giudici di merito hanno affermato che, nel bilanciamento tra il diritto all'autodeterminazione e il diritto alla conservazione della propria integrità fisica e, in generale, alla vita, la prevalenza deve essere accordata a quest'ultimo diritto, anche a prescindere dal consenso dell'interessato. Sulla questione è stata chiamata a pronunciarsi la Corte di Cassazione (Cass. civ., sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748), la quale ha affermato che deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita». Disponibile online su <http://www.federalismi.it> (ultimo accesso giugno 2017)

Il consenso, quale atto di libera scelta del paziente, è richiamato anche nel Codice deontologico della *Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri* – recentemente revisionato nel novembre 2016 – il quale dispone l'obbligo di informazione al paziente (art. 33) o all'eventuale terzo (art. 34), nonché l'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente (art. 35) o del legale rappresentante nell'ipotesi di minore (art. 37).

A carico del medico – oltre all'obbligo d'informazione imposto dall'insieme delle norme richiamate – insiste anche un'prescrizione di natura deontologica, la cui disapplicazione potrebbe generare un procedimento disciplinare dinanzi al proprio Ordine professionale di appartenenza.

Si è giunti al corretto inquadramento degli aspetti salienti del consenso informato anche attraverso una importante produzione giurisprudenziale del Supremo Collegio che, nel tempo, ha dedicato alla fattispecie numerose pronunce.

Le sentenze più recenti hanno focalizzato l'attenzione sul rapporto dialogico che deve necessariamente instaurarsi tra medico e paziente. Detta relazione non può esaurirsi nella veicolazione di informazioni esclusivamente scritte, ma deve passare attraverso un adeguato e puntuale confronto, in grado di generare il libero convincimento del paziente.

A ben vedere quindi, il consenso è, a sua volta, un vero e proprio “atto di cura” nei confronti di quei soggetti che non siano in grado di comprendere correttamente la complessa scienza medica, e che, inevitabilmente devono affidare la propria salute nelle mani del medico [4].

È la stessa giurisprudenza di legittimità a chiarire che la sola violazione del diritto del paziente a scegliere liberamente la terapia a cui sottoporsi dà vita a un autonomo pregiudizio, anche nel caso in cui la cura si sia rivelata adeguata e sia stata raggiunta la guarigione [5-9]. In sostanza, non è attribuibile al medico un generale “diritto di curare”, che sminuisca o elimini del tutto la possibilità del paziente di orientarsi liberamente dopo aver ricevuto la migliore informazione possibile [10-11].

■ LA PRATICA CLINICA E LE SCELTE TERAPEUTICHE NEI PAZIENTI TESTIMONI DI GEOVA

Entrando nel merito alla scelta terapeutica, occorre da subito ribadire come il medico abbia l'obbligo di tutelare la vita e la salute psico-fisica di ogni paziente, proponendo il migliore dei trattamenti sanitari possibili basandosi sul rapporto rischio beneficio.

Per inquadrare correttamente la problematica relativa alle cure mediche rivolte a pazienti Testimoni di Geova, è necessario analizzare tre differenti situazioni in cui il medico è chiamato ad operare:

1. **condizione clinica non urgente**, che permette scelte terapeutiche diversificate;
2. **condizione clinica che impone scelte terapeutiche obbligate**, ma differibili nel tempo;
3. **condizione che costringe ad operare un'unica scelta terapeutica**, non differibile nel tempo né prevedibile con ragionevole certezza.

Nel primo caso il medico ha la possibilità di concordare con il paziente Testimone di Geova un trattamento terapeutico che rispetti le sue credenze religiose. Ovviamente la migliore terapia potrebbe non corrispondere a quella che il paziente esige, in quanto la scelta del *gold standard* terapeutico potrebbe includere trasfusioni di emazie concentrate o di piastrine. In tale caso, l'esercente la professione sanitaria dovrà chiarire al paziente che la scelta terapeutica che verrà presa sarà obbligatoriamente attenuata nella sua intensità, in quanto la piena applicazione del *gold standard* terapeutico sottoporrebbe il paziente ad un sicuro rischio per la vita. È l'ipotesi, ad esempio, in cui la migliore cura sia rappresentata da un trattamento chemioterapico mieloablativo (trapianto di cellule staminali emopoietiche), ove è altamente probabile che si crei la necessità di ricorrere ad una terapia trasfusionale; durante tale procedura il ricorso alla trasfusione è pari al 90% dei casi e, di questi, l'8-10% rappresentano trasfusioni salvavita. Ne consegue che applicare tale procedura al paziente lo metterebbe ad un rischio di morte elevato rispetto al rischio atteso per la procedura stessa (2-3%). In tali casi, sovente, si opta per schemi “chemioterapici alternativi” altrettanto mieloablativi, ma che non rappresentano il *gold standard* codificato, che sono al di fuori di protocolli terapeutici specifici e per i quali esistono esperienze scientifiche limitate. Per tal ragione il medico deve ottenere dal paziente un ampio e dettagliato consenso informato, dal quale risulti il consapevole rifiuto dell'individuo a sottoporsi alla cura più sicura, efficace e accreditata.

Nei pazienti oncologici che devono sottoporsi a terapie chemioablativo è possibile avvalersi dell'uso profilattico (durante la chemioterapia) dell'eritropoietina, tuttavia l'indicazione all'uso di tale farmaco è consentita per valori di emoglobina (Hb) < 8 g/dl e sostenibile fino ad un valore non superiore a 12 g/dl, per l'aumentato rischio cardiovascolare dell'uso di eritropoietina oltre tale valore. Attualmente non vi sono protocolli dedicati a tali pazienti che permettano, con adeguato monitoraggio e consenso del paziente e dei relativi Comitati etici, di somministrare eritropoietina oltre tale limite, al fine di espandere la linea dei precursori eritroidi, che una volta “committed”

(differenziati), potrebbero mantenere più elevata l'emoglobina nei successivi 14 giorni, riducendo i rischi ma non annullandoli.

Nel secondo caso, cioè scelte obbligate ma differibili, il medico non ha la possibilità di scegliere tra diverse terapie e deve quindi orientarsi verso un unico atto medico obbligato, che può differire nel tempo, ma che comunque potrebbe comportare l'utilizzo di sangue. È questo il caso di un intervento chirurgico non urgente, ma per il quale viene previsto un supporto trasfusionale (es. interventi chirurgici di elezione). Al momento della sottoscrizione del consenso, il paziente, essendo in grado di intendere e di volere, può rifiutare la trasfusione. Tale rifiuto non può che determinare l'impossibilità di esecuzione dell'intero trattamento "standard", poiché, in mancanza della necessaria copertura trasfusionale, il paziente andrebbe incontro a morte certa. In questi casi, sia per motivi religiosi che per disposizioni legislative, non è praticabile l'auto-deposito, previsto comunque per legge solo per i donatori di midollo osseo e per i pazienti da sottoporre a trattamento chirurgico con fenotipo eritrocitari raro. Può altresì essere di ausilio la tecnica del "recupero intraoperatorio del sangue" del paziente, a circuito chiuso e senza interruzione della circolazione: tale procedura, accettata dai Testimoni di Geova, può non essere sufficiente e difficilmente praticabile su larga scala sia per la mancanza di protocolli specifici, che per inadeguatezza della maggior parte dei centri trasfusionali a tale procedura. Lì dove ciò non fosse clinicamente o tecnicamente proponibile, per esonerare il medico dal potere/dovere di intervenire con cure salvavita, il dissenso deve essere espresso, inequivoco e attuale: non è sufficiente una sommaria manifestazione di dissenso espressa in un tempo anteriore all'istante in cui il paziente si trovi in pericolo di vita; è indispensabile che la manifestazione del proprio convincimento sia resa dal paziente *ex post*, ossia dopo che sia stato totalmente informato sulla gravità e complessità della propria condizione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure [12-15]. Anche il rifiuto di trasfusioni deve manifestarsi in forma espressa, senza possibilità di fraintendimenti e deve esplicitare la deliberata e informata scelta di sottrarsi al trattamento medico. In questa specifica circostanza, il medico che dovesse ricevere tale espresso e consapevole dissenso non potrà proseguire con i trattamenti e con le cure prospettate, né tanto meno invocare l'agire in stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.

Il richiamo all'art. 54 c.p. «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare (omissis) altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, (omissis), né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo (omissis)» ci introduce nell'analisi del terzo e più complesso caso. Diversamente dalle prime due situazioni *supra* trattate, lo "stato

di necessità" potrebbe essere invocato dal medico che abbia a disposizione un unico percorso terapeutico, attuabile solo con un supporto trasfusionale e che si trovi dinanzi un paziente incapace – in quel momento – di esprimere o di ri-confermare in quella specifica situazione non preventivabile la propria volontà, in assenza di un tutore legalmente riconosciuto dal paziente dotato di specifica procura. Qualora il paziente volesse infatti assicurarsi dell'osservanza assoluta dei suoi principi religiosi anche in stato di personale incoscienza ha l'onere di conferire a terzi una procura *ad hoc*, legalmente valida, ove venga specificato con una dichiarazione sottoscritta la propria volontà, puntuale ed inequivocabile, di rifiutare la cura trasfusionale, quand'anche venisse a trovarsi in pericolo di vita.

Due esempi pratici possono essere esplicativi: il primo è il caso di un intervento di chirurgia minore (per il quale non vi è la previsione di trasfusioni) che, in corso di esecuzione, vede l'improvviso aggravarsi delle condizioni del paziente a causa di una quanto mai inaspettata emorragia; il secondo caso più frequente è quello di un codice Rosso chirurgico al Pronto Soccorso.

In tali casi e in assenza delle condizioni suddette (tutore e procura *ad hoc*), al solo fine di «salvare altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona», il medico potrà trasfondere l'individuo. Per renderne lecito e corretto l'operato, dovranno però concorrere inderogabilmente diverse condizioni:

1. l'eccezionalità dell'emergenza;
2. l'indispensabilità della trasfusione,
3. l'impossibilità di ricorrere a tecniche o cure alternative.

È questo il caso limite in cui il paziente che abbia espresso valido dissenso alla trasfusione prima di iniziare l'intervento, possa, al contrario, essere ugualmente trasfuso. Alla condizione iniziale, infatti, ne sopravviene una nuova, inaspettata e diversa. La liceità e l'applicabilità di tale estrema condotta trova ragione e fondamento nel fatto che il dissenso alla trasfusione sia stato manifestato dal paziente in un momento precedente, in cui la propria vita non era in pericolo.

In assenza, pertanto, della capacità del singolo individuo di esprimere la propria volontà in una situazione sopravvenuta, diversa dalla precedente e nella quale è in reale pericolo di vita, non può che prevalere la scelta di preservare la di lui vita [16,17].

A supporto dell'operato chirurgico, nei casi in cui rimanga invece impossibile effettuare la trasfusione, sarebbe auspicabile intervenire con il "recupero di sangue intraoperatorio" con le specifiche modalità suddette (circuito chiuso, senza interruzione di circolazione), fermo restando l'alto rischio di mortalità che deve essere chiarito nel consenso al tutore.

■ CONCLUSIONI

Il tema trattato rientra senza alcun dubbio tra le questioni più delicate su cui oggi il consorzio sociale energicamente ancora si confronta, contenendo risvolti di carattere etico e religioso di rilevanza tale da non consentire allo Stato di giungere a soluzioni definitive.

È auspicabile che la comunità scientifica prenda in seria considerazione l'applicazione di protocolli terapeutici specifici e dedicati (vedi un allargamento delle indicazioni dell'eritropoietina -EPO-) e di tecnologie di recupero del sangue in-

traoperatorio a più alta resa e più diffusibili sul territorio nazionale. Pacifico il diritto del singolo individuo nell'autodeterminarsi rispetto alle cure sulla propria persona, rimane da tracciare quella sottile linea, tra la libertà del paziente di gestire la propria vita – secondo le proprie convinzioni e la propria fede – e l'intervento del medico.

Buon senso vuole che tale delicata scelta – inequivocabilmente riposta nella coscienza e nella perizia dell'esercente la professione sanitaria – venga eseguita volta per volta e caso per caso, tenendo in elezione il consenso dell'avente diritto, che dovrà essere sempre rigorosamente aggiornato al momento della decisione.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Cassazione civile, sentenza n. 15698 del 2 luglio 2010
2. Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina. Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina. Disponibile online su <https://rm.coe.int/168007d003> (ultimo accesso giugno 2017).
3. Legge 28 marzo 2001, n. 145. «Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani». Gazzetta Ufficiale del 24 aprile 2001, n. 95
4. Mari G. Consenso informato, ma cosa è realmente? Vommento a sentenza Cassazione Civile n. 2177/2016. Responsabile civile. it, 2016. Disponibile online su: <http://www.responsabilecivile.it/consenso-informato-ma-cosa-e-realmente> (ultimo accesso giugno 2017)
5. Cassazione Civile, sentenza n. 10741/2009
6. Cassazione Civile, sentenza n. 18513/2007
7. Cassazione Civile, Sezioni Unite, sentenza n. 577/2008
8. Cassazione Civile, sentenza n. 11950/2013
9. Cassazione Civile, sez. III, sentenza n. 12205 del 12 giugno 2015
10. Chindemi D. Responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica e privata. Altalex, 2014
11. Studio legale Riccio. Responsabilità medica – consenso informato – Profili generali e la sentenza Cassazione Civile, sez. III, sentenza 12 giugno 2015, n. 12205. Disponibile online su <http://www.studiolegalericcio.it/studio-legale-torino/responsabilita-medica-consenso-informato-profilo-general-e-la-sentenza-cass-civ-sez-iii-sentenza-12-giugno-2015-n-12205> (ultimo accesso giugno 2017)
12. Cassazione Civile, sentenza n. 10414 del 20 maggio 2016
13. Cassazione Civile, sentenza n. 17801/2014
14. Cassazione Civile, sentenza n. 23676/2008
15. Cassazione Civile, sentenza n. 26446/2002
16. Cerasoli S. Il principio di autodeterminazione al trattamento sanitario: origine, sua applicazione e problematiche. Altalex.com, 2007. Disponibile online su <http://www.altalex.com/documents/news/2007/08/29/il-principio-di-autodeterminazione-al-trattamento-sanitario> (ultimo accesso giugno 2017)
17. Mari G. Consenso e “stato di necessità”: una decisione che farà discutere. Responsabilecivile.it, 2015. Disponibile online su <http://www.responsabilecivile.it/consenso-e-stato-di-necessita-una-decisione-che-fara-discutere> (ultimo accesso giugno 2017)