

**LE “DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO”
NELLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL’UOMO E LA BIOMEDICINA
DEL CONSIGLIO D’EUROPA**

di **Adriano Bompiani**
Presidente onorario del Comitato Nazionale per la Bioetica

Il 18 dicembre 2003, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) in seduta plenaria ha approvato il Documento: “Dichiarazioni anticipate di trattamento”.

Questa nota vuol illustrare le ragioni di alcune “scelte” che il CNB ha fatto in merito ad un argomento di cui da tempo si parla e che derivano tutte dall’evoluzione avvenuta nel rapporto medico/paziente negli ultimi decenni, sia sotto l’aspetto “etico” che “deontologico” e “giuridico” e cioè il *valore che ha acquisito il principio di autonomia del paziente*.

In molte sedi, tuttavia, si discute sui “significati” e sui “limiti” da assegnare a tale principio sia in rapporto alla attuale disciplina giuridica di “non disponibilità della vita umana”, sia ad altri principi che regolano l’assistenza medica, con riferimento alle circostanze particolari in cui il malato può trovarsi.

Significati e limiti sono stati ampiamente discussi nel corso della redazione della *Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina* (Oviedo, 1997), alla quale ha – giustamente – fatto riferimento nei suoi lavori il CNB.

Mi sembra utile richiamare, dunque, i contenuti del dibattito svoltosi nel Comitato Direttivo di bioetica del Consiglio d’Europa, che ha scritto la Convenzione di Oviedo fra il 1992 ed il 1996, a proposito della materia trattata dalle “Dichiarazioni anticipate di trattamento”.

Il CNB ha adottato – e il Documento in questo è esplicito – il risultato della lunga discussione avvenuta in seno al Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d’Europa (CDBI) e trasfuso nell’art.9 della *Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina* (cosiddetta Convenzione di Oviedo, 1997), accolta dal nostro Paese con la legge n.145 del 28 marzo 2001, che recita “*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*”.

Usando il termine “Dichiarazioni”, il CNB non si discosta dalla “filosofia” del Consiglio d’Europa (che parla solo di desideri: in francese *souhais*, ed in inglese *wish*,: letteralmente significano “desideri di cui si auspica la realizzazione”). Tuttavia *rafforza il rispetto dovuto al paziente usando il termine “Dichiarazioni”, che presuppongono una valutazione razionale di tutti gli elementi in gioco condotta dall’interessato prima di firmare il documento*. Il CNB al limite avrebbe potuto adottare una traduzione letterale della Convenzione, come ad esempio “desideri” o “auspici”, che avrebbero indicato meri “sentimenti” della persona al riguardo.

Quale è stato l’apporto della Comitato Direttivo per la Bioetica del Consiglio d’Europa alla individuazione della “forza giuridica” delle Dichiarazioni di volontà?

Che la denominazione del Documento italiano non abbia un’importanza limitata e puramente “nominalistica” appare evidente ove si consideri l’ampio dibattito che sull’argomento che esaminiamo si è tenuto in seno al Comitato direttivo di bioetica del Consiglio d’Europa, il quale dal 1992 al 1996 ha elaborato la Convenzione di Oviedo, che riporto nel testo francese (adottato dall’Italia nella legge di recepimento della Convenzione stessa innanzi citata):

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.

Questi passaggi sono richiamati nei seguenti Documenti redatti a cura della Direzione Generale degli Affari Giuridici: CDBI/INF (2000)1 del 24 febbraio 2000 che riporta le sintesi del dibattito svoltosi su ogni articolo nella fase redazionale e l’Addendum a tale documento (pubblicato il 29 gennaio 2000), che contiene le versioni successive del progetto di Convenzione dal 24 novembre 1992 sino al 4 giugno 1996. Per la migliore comprensione, si ricorda che “il metodo di lavoro” adottato dal CDBI è quello di elaborare in sede di Comitato di redazione ristretto (CORED) un testo da presentare alla valutazione, discussione ed eventuali emendamenti alla successiva Assemblea generale del Comitato (CDBI). Dopo di che, il CORED prende di nuovo in considerazione il testo, che modifica in rapporto alle indicazioni dell’Assemblea e ripresenta alla stessa, nella successiva tornata dei lavori. Per l’approvazione finale occorrono i 2/3 dei consensi dei delegati. Ogni Paese rappresentato in Consiglio d’Europa ha diritto ad un voto.

Si riportano, di seguito, i vari passaggi:

1. CORED 24-27 /12/1992

La proposta iniziale portata all'esame dell'Assemblea e legata strettamente alla definizione del consenso, era la seguente:

Article 4

Aucune intervention dans le domaine de la médecine ou de la biologie ne peut être effectuée sur une personne sans son consentement libre et éclairé.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement.

Article 5

Nonobstant les dispositions de l'article 4, dans des situations d'urgence, toute intervention médicalement indispensable peut être effectuée, pour le bénéfice de sa santé, sur un patient qui ne peut y donner son consentement.

Chaque fois que cela est possible, les proches du patient doivent être consultés en vue de discerner la volonté de celui-ci.

A seguito dei pareri espressi in un dibattito molto libero in Assemblea plenaria, si arriva ad una diversa impostazione del problema abbandonando ogni diretto riferimento all'intervento dei parenti o rappresentanti legali del paziente.

Il resoconto della successiva seduta del Gruppo di lavoro riporta:

2. CORED 8-12/03/1993

Le Groupe de travail décide d'ajouter un nouvel article afin que les vœux précédemment exprimés par un patient qui doit être soumis à une intervention soient pris en compte, lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté.

Cet article fait ainsi référence aux situations d'urgence mais aussi au cas où une personne perd sa capacité de discernement, temporairement ou définitivement. Pour le Groupe de travail, il manifeste le respect du principe de l'autonomie.

Les experts précisent cependant que les vœux précédemment exprimés ne peuvent pas toujours être pris en compte, notamment s'ils ont été formulés très longtemps avant l'intervention et que, par exemple, les conditions scientifiques de celle-ci ont évolué.

In Assemblea, la discussione che si svolse nell'aprile 1993 è riassunta come segue:

3. CDBI 27-30/04/1993

Plusieurs orateurs soulignent que cet article ne se réfère pas uniquement aux situations d'urgence (visées à l'article 7, nouvel article 8) mais aussi à d'autres cas où le patient a prévu la possibilité de se trouver dans l'incapacité d'exprimer son avis (par exemple, démence sénile). Le rapport explicatif devrait être modifié en conséquence.

Il est également fait observer que les termes "le cas échéant" restent flous. Signifient-ils:

- *dans le cas où des souhaits ont été exprimés.*
- *Lorsque le type de traitement n'a pas changé, ou;*
- *Les souhaits peuvent être suivis ou non?*

Plusieurs délégations sont d'avis que l'expression "respecter les souhaits exprimés" est trop catégorique, étant donné les changements qui peuvent intervenir entre-temps. A cet égard "les souhaits seront sérieusement pris en compte" est suggérée.

Le Groupe de travail est chargé de réviser la formulation selon les remarques ci-dessus.

4. CORED del 1/03/1993

In questa riunione il Gruppo di lavoro elabora la proposta dell'Assemblea come riportato dal Documento degli Affari Giuridici:

Le Groupe de travail se prononce en faveur des vœux exprimés par certaines délégations lors de la réunion du CDBI et décide donc de remplacer l'expression "respecter les souhaits exprimés" par "il devra être tenu compte des souhaits précédemment exprimés" afin d'assouplir cette disposition.

Les experts décident également de préciser dans le rapport explicatif ce qui avait été souligné lors de la réunion du CDBI à savoir que cet article ne se réfère pas uniquement aux situations d'urgence (visées à l'article 8) mais aussi à d'autres cas où le patient a prévu la possibilité de se trouver dans l'incapacité d'exprimer son avis (par exemple démence sénile). Autrement dit, cet article concerne non seulement les cas d'accident mais également les cas de maladie progressive par exemple.

En outre, le terme "intervention" utilisé dans l'article doit être ici entendu dans son sens le plus large, incluant par conséquent la recherche médicale.

Il testo predisposto per la successiva Assemblea Generale del CDBI dunque è il seguente:

Article 9 (Souhaits précédemment exprimés)

Il devrait être tenu compte des souhaits précédemment exprimés par le patient à propos d'une intervention médicale.

Ma anche questa formulazione non appare definitiva all'Assemblea del CDBI.

CDBI 6-9/07/1993

Dal resoconto della riunione del 6-9/luglio 1993, si legge:

"Certains experts questionnent la portée exacte de cet article.

Le Président du Groupe de travail, explique que cet article concerne les indications données à l'avance sur une intervention par une personne douée de discernement qui envisage le cas où elle serait dans l'incapacité de se prononcer sur cette intervention au moment où celle-ci doit être réalisée. Par exemple, une personne envisage le cas où elle deviendra atteinte de démence sénile et indique à l'avance si elle désire participer ou non à une recherche sur cette maladie lorsqu'elle en souffrira.

Cependant, il est précisé que l'article ne donne aucun détail sur la manière dont les vœux doivent être exprimés ou dont le médecin doit les découvrir.

Un autre expert indique qu'à son avis le médecin doit tenir compte de ce qu'il connaît et qu'il n'a donc pas à faire de recherches particulières. Au vu de ces explications, les propositions suivantes sont renvoyées au Groupe de travail:

- *reformuler l'article comme suit: "Les souhaits précédemment exprimés à propos d'une intervention médicale par un patient qui n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte", afin de spécifier que cet article ne joue que dans les cas où le patient n'est pas en état d'exprimer son consentement;*
- *combinaison des articles 8 et 9.*

Une délégation propose que le rapport explicatif précise que si le médecin respecte la volonté du patient, conformément à cet article, sa responsabilité est dégagée.

D'autres participants s'y opposent car pour eux la responsabilité appartient toujours au médecin. Il est en outre fait remarquer qu'un autre article de la Convention traite de la question de la responsabilité".

In conseguenza delle indicazioni del CDBI, il CORED nel gennaio 1994 si esprime nel senso di seguito riassunto:

6. CORED 24-27/01/1994

Le Groupe de travail examine la proposition faite lors de la réunion de juillet du CDBI visant à reformuler cet article comme suit "les souhaits précédemment exprimés à propos d'une intervention médicale par un patient qui n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte".

Les participants se prononcent en majorité pour cette reformulation en ajoutant l'expression "...qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état ...", afin de rendre l'article plus lisible.

En ce qui concerne la proposition visant à combiner les articles 8 et 9, le CDBI-CO-RED la rejette dans la mesure où il estime que ces articles traitent de deux questions distinctes.

Le Groupe de travail convient d'expliciter dans le rapport explicatif que cet article concerne les indications données à l'avance sur une intervention par une personne douée de discernement, qui envisage le cas où elle serait dans l'incapacité de se prononcer sur cette intervention au moment où elle-ci devrait être réalisée. Par exemple, une personne envisage l'hypothèse où elle deviendra atteinte de démence sénile et indique, par avance, si elle désire participer ou non à une recherche sur cette maladie lorsqu'elle en souffrira"

7 CDBI 18-22/04/1994

Il CDBI esaminò il testo proposto nella seduta del 18-22 aprile 1994 e non apportò alcuna modificazione. Il testo recita:

ART.9 (Souhaits précédemment exprimés)

Les souhaits précédemment exprimés ou 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.

Il resoconto riporta:

"Le CDBI garde cet article sans modification.

Les participants rejettent par 16 voix contre 4 la proposition visant à ajouter "les autres facteurs susceptibles de clarifier les souhaits du patient" parmi les éléments dont on doit tenir compte lorsqu'une personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté. Pour le CDBI, cet article ne vise que les situations où le patient a exprimé préalablement un souhait."

In una successiva seduta del CDBI, qualche delegato cercò di accentuare il peso della richiesta del paziente.

Il resoconto riporta:

CDBI 26-30/06/1995

"Le CDBI a une discussion sur l'amendement qui vise à modifier l'article de telle sorte que les souhaits précédemment exprimés ne seront pas seulement pris en compte mais respectés. Le Comité fait sienne la décision du CORED qui estimait que cela n'était pas opportun dans la mesure, en particulier, où les souhaits peuvent ne plus être valables. Il est donc nécessaire de laisser une marge d'appréciation à l'intervenant médical. Le CDBI décide en ce sens de faire figurer dans le rapport explicatif la formulation par une délégation: "Toutefois le praticien doit assurer que les solutions du patient s'appliquent à la situation présente et sont toujours valables compte tenu notamment de l'évolution des techniques médicales".

Le Comité examine également une proposition qui souhaiterait faire apparaître clairement que ne sont pas concernés par cet article les souhaits de la personne relatifs à l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté. Le CDBI n'est pas en faveur de cet ajout, qui reviendrait à prendre position sur un sujet complexe et délicat qui ne saurait être traité convenablement qu'après une étude approfondie. Le Comité note cependant, comme le CDBI-CO-RED, que seuls les souhaits qui ne sont pas contraires à la loi peuvent être pris en considération.

Plusieurs participants suggèrent de substituer l'expression "intervention en matière de santé" à "l'intervention médicale" afin d'utiliser les termes qui figurent dans d'autres articles de la Convention, notamment à l'article 6 (nouvel article 5) contenant la règle générale sur le consentement. D'autres délégations préféreraient garder le libellé actuel qui leur paraît plus précis. Le CDBI convient par 20 voix pour, 6 contre et 4 abstentions de conserver l'expression "intervention médicale".

Nelle sedute successive, il testo dell'art. 9 non subì alcuna modificazione.

Appare evidente – a mio parere - che – nelle intenzioni chiaramente espresse dal CDBI – non si tratta di "Direttive" del paziente vincolanti per il medico, ma solo di richieste formulate, sotto forma di "desideri" (NB. Il termine "souhait" viene tradotto dal vocabolario Garzanti con "desiderio" e corrisponde all'uso della parola inglese "wish", tradotto anch'esso come "desiderio" nel vocabolario Collins).

Inoltre, per espressa affermazione del CDBI, la questione dell'eutanasia non rientra nella stessa disciplina della Convenzione, essendo riservata – se mai – all'iniziativa autonoma della legge nazionale.

Dal dibattito riportato, appare chiaro che i "desideri" – qualora espressi – si riferiscono alle modalità di assistenza/di cura gradite dal paziente e non necessariamente coincidenti con le opinioni di familiari o di altri. La questione del "rappresentante degli interessi del paziente" non è stata, volutamente, presa in considerazione dall'articolo della Convenzione di Oviedo.

Dal testo approvato appare chiaro che viene fatto carico al medico di prendere in considerazione le richieste del paziente che sia il CORED, sia il CDBI hanno sempre considerato “desideri” e non “volontà vincolanti”; inoltre appare chiaro che – testualmente nell’art.9 – non esiste alcun dovere per il medico di fornire a chi che sia spiegazioni di un eventuale non accoglimento delle stesse. Ciò non significa che – anche per il CDBI – una corretta ed “amichevole” deontologia non consigli al medico di fornire agli interessati che assistano il paziente (ad es. i famigliari, o la persona indicata come curatore degli interessi del paziente) le opportune spiegazioni del perché la richiesta è accolta o non accolta per motivi sostanzialmente “tecnici”.

Quale è stata la posizione assunta dal Segretariato del CDBI nel “Rapport explicatif”?

Il *Rapport explicatif* à la Convention pour la Protection des droits de l'homme et de la dignité de l'etre humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine), Doc.Dir/Jur (97)5, redatto dal Segretariato della Direzione Giuridica del Consiglio d'Europa, non aggiunge alcunché di nuovo a questa impostazione. Il testo recita:

Article 9 – Souhais précédemment exprimés

60 Tandis que l'article 8 dispense du consentement dans les situations d'urgence, le présent article vise le cas où une personne douée de discernement a exprimé par anticipation son consentement, entendu comme assentiment ou comme refus, pour des situations prévisibles où elle ne serait pas à même de se prononcer sur l'intervention.

61 L'article ne recouvre donc pas uniquement les situations d'urgence, visées à l'article 8, mais aussi les autres hypothèses où la personne a prévu la possibilité de se trouver dans l'incapacité de consentir valablement, par exemple dans les cas de maladie progressive telle la démence sénile.

62 L'article prévoit que, lorsque la personne a ainsi fait connaître par avance ses souhaits, ceux-là doivent être pris en compte. Cependant, la prise en compte des souhaits précédemment exprimés ne signifie pas que ceux-ci devront être nécessairement suivis. Ainsi, par exemple, lorsque ces souhaits ont été exprimés très longtemps avant l'intervention et que les conditions scientifiques ont évolué, il peut être justifié de ne pas suivre l'opinion du patient. Le praticien doit donc, dans la mesure du possible, s'assurer que les souhaits du patient s'appliquent à la situation présente et sont toujours valables, compte tenu notamment de l'évolution des techniques médicales.

Quali posizioni ha assunto l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa in merito alla autodeterminazione del malato incurabile e del morente?

Il 21 maggio 1999, la Commissione per le questioni sociali, della salute e della famiglia dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ha esaminato un documento, preparato dall'On. Edeltraud Gatterer, dal titolo “Protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti” (Doc. 8421 del 21 maggio 1999).

Questo documento ha qualche precedente, in sede di Parlamento Europeo, come il Doc. 7236 del 7 febbraio 1995 “Proposta di risoluzione per lo sviluppo delle cure e dell'assistenza dei malati incurabili e dei morenti nel rispetto delle loro volontà e dei loro diritti” (Dep. M. Monfils e altri), prima ancora sulla proposta Schwartzenberg sulla quale il C.N.B. si esprime negativamente (1991).

In sede di Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, esistono inoltre le più antiche Raccomandazioni N.613 (1976) sui diritti del malato e del morente e N.779 (1976) dallo stesso titolo.

Appare, dunque, come un argomento “sensibile” e ricorrente nei dibattiti parlamentari europei.

Dopo l'emanazione della Convenzione di Oviedo (1997) , l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ha ritenuto opportuno riprendere il dibattito, che è terminato con l'adozione di una *Raccomandazione sulla protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti*, che porta il N.1418 del 25 giugno 1999.

Limitandoci a considerare solamente quanto riguarda la questione dell'autodeterminazione del malato incurabile o del morente, il testo raccomanda al Comitato dei Ministri di incoraggiare gli Stati membri del Consiglio d'Europa ad assumere le seguenti iniziative ritenute necessarie:

“i. pour donner effet au droit des malades incurables et des mourants à une information vraie et complète, mais communiquée avec compassion, sur leur état de santé, en respectant le désir que peut avoir une personne de ne pas être informée;

ii. pour mettre en mesure le malade incurable ou le mourant de consulter d'autres médecins que son médecin traitant habituel;

iii. pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne recoive de traitement contre sa volonté tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. Il convient en outre de prévoir des sauvegardes pour que cette volonté ne résulte pas de pressions économiques;

iv. pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle ("living will") rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou del mourants désormais incapable d'exprimer leur volonté.

Il convient en outre de veiller à ce que les critères de validité relatifs à la portée des instructions données par avance ainsi que ceux concernant la nomination et les pouvoirs des représentants légaux des intéressés soient dument définis; de meme, il faut s'assurer que le représentant légal ne prend, à la place de l'intéressé, des décisions fondées sur des déclarations préalables du malade ou des présomptions de volonté, que si ce dernier n'a pas exprimé directement sa volonté dans les circonstances memes de sa maladie ou s'il n'y a pas de volonté clairement définie. Dans ce contexte, il doit toujours y avoir un rapport manifeste avec les déclaration faites par la personne en question peu de temps avant le moment où la décision doit etre prise, plus précisément lorsque le malade est mourant, et dans ces conditions appropriées, c'est-à-dire sans pressions ou déficience mentale; il faut également bannir toute décision qui reposerait sur des jugements de valeur généraux en viguer dans la société et veiller à ce qu'en cas de doute, la décision soit toujours ev faveur de la vie et de la promulgation de la vie;

v. pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du medecin, la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement soir prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à sa dignité d'etre humain;

vi. pour qu'en l'absence d'instructions anticipées ou de déclarations formelle, il ne soit pas porté atteinte au droit à la vie du malade. Il convient de dresser la liste des traitements qui ne peuvent en aucun cas etre refusés ou interrompus".

E' però necessario avvertire che la Raccomandazione 1418 (1999) conclude l'invito ai Ministri ad operare presso gli Stati:

"c. en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants, en prenant les mesures nécessaires:

- i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les Etats membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que "la mort ne peut etre infligée à quiconque intentionnellement";
- ii. vu que le désir exprimé par un malade incurable ou un mourant de mourir ne puisse jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;
- iii. vu que le désir exprimé par un malade incurable ou un mourant de mourir ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entrainer la mort".

Conclusioni

Le posizioni espresse dal CDBI coincidono, nella sostanza, con quelle assunte dall'Assemblea parlamentare.

La Raccomandazione 1418 (1999) dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ribadisce che "il desiderio espresso da un malato incurabile o di un morente di morire non costituisce mai un fondamento giuridico per ricevere la propria morte per mano di un terzo", né "può servire a giustificazione legale all'esecuzione di azioni destinate a provocare la morte".

Dal dibattito svoltosi in seno al CDBI, e riportato in questa nota, appare chiaro che i "desideri" – qualora espressi – dovrebbero riferirsi alle modalità di assistenza/di cura gradite dal paziente e non necessariamente coincidenti con le opinioni di famigliari o di altri. La questione del "rappresentante degli interessi del paziente" non è stata, volutamente, presa in considerazione dall'articolato della Convenzione di Oviedo poiché si è ritenuto che l'esperienza nei Paesi Europei fosse ancora troppo parcellare, conflittuale potenzialmente con i compiti tradizionali della famiglia nell'assistenza e dunque argomento sul quale difficilmente sarebbe stato possibile trovare l'accordo convenzionale europeo. Nulla vieta, tuttavia, la normazione nazionale; ciò che – peraltro – è stato giudicato possibile anche da parte del CNB, ma con riserve.

Dal testo approvato appare chiaro che viene fatto carico al medico di "prendere in considerazione" le richieste del paziente che sia il CORED, sia il CDBI – pur considerandole "desideri" – non hanno mai ritenuto frettolosamente "cestinabili" senza adeguata valutazione.

In realtà – testualmente – nell'art.9 non esiste alcun dovere per il medico di fornire a chi che sia spiegazioni di un eventuale non accoglimento delle stesse. Ciò non significa che – anche per il CDBI – una corretta ed “amichevole” deontologia non consigli al medico di fornire agli interessati che assistano il paziente (ad es. i familiari, o la persona indicata come curatore degli interessi del paziente) le opportune spiegazioni del perché la richiesta è accolta o non accolta per motivi sostanzialmente “tecnici”. Questa è anche la posizione espressa con forza dal CNB: il “dialogo” con il paziente sino a che egli è in grado di dialogare e con i familiari allorché il dialogo diretto non è più possibile, è un elemento di umanità, prima ancora di essere un dovere deontologico. Solo il dialogo può assicurare quella “*pari dignità morale*” del paziente e del medico, che ha ispirato la Convenzione di Oviedo.