

LEGGE SUL FINE VITA DDL Calabrò

Paolo Tanduo e Luca Tanduo



Movimento per la Vita Ambrosiano

La morte di Eluana ha determinato l'inizio del percorso legislativo sulle DAT

Come è noto l'iniziativa legislativa sulla DAT prese l'avvio il giorno stesso della morte di Eluana (9 febbraio 2009).

Il 6 febbraio, il governo aveva predisposto un decreto legge per impedirne il decesso, ma il Presidente della Repubblica aveva ritenuto impossibile firmarlo.

Subito molti parlamentari, proposero di approvare una legge che il Senato ha approvato in prima lettura con una maggioranza più ampia di quella di governo. Dal nome del relatore questo disegno di legge può essere chiamato "testo Calabrò".

"Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Seduta n. 183 del 26 marzo 2009

Votazione finale

Presenti: 278; votanti 276; favorevoli: 150; contrari: 123; astenuti: 3.

Esito: **Approvato**

Totale numero senatori 301, Totali coalizione di governo 168

La morte di Eluana ha determinato l'inizio del percorso legislativo sulle DAT

La vicenda di Eluana rende evidente che come solo una legge avrebbe potuto impedirne la morte, così ora solo la legge può assicurare che non si ripetano altre situazioni simili.

Prima della morte di Eluana appariva ragionevole contrastare ogni intenzione di intervento legislativo. L'ordinamento sanciva già il principio di indisponibilità della vita umana. Ogni discussione legislativa includeva il rischio di un qualche cedimento, di una qualche eccezione, ultimamente dell'affacciarsi dell'idea eutanasica. Ma dopo la morte di Eluana la legge è divenuta indispensabile per riparare la falla.

Come prima del 9 febbraio sarebbe stato necessario l'esercizio del potere legislativo con tempestività e grande urgenza per evitare la morte di Eluana, così ora non sono auspicabili l'attendismo, la lentezza, l'insabbiamento nell'esercizio del potere legislativo, se non vogliamo trovarci di fronte ad altre morti simili a quella della giovane donna di Lecco.

Cosa è cambiato con la morte di Eluana

La gravità della modifica introdotta nell'ordinamento giuridico dalla interpretazione della Corte di Cassazione

- violazione del principio di eguaglianza nei confronti di malati stabilmente privi di coscienza con legittimazione della loro condanna a morire di fame e di sete
- affermazione della presunzione, di non voler vivere anche in mancanza di dichiarazioni esplicite

L'Art32 della Costituzione

Appare irrazionale ritenere che l'art. 32 Cost. contrasti con una disciplina sul fine vita ispirata al principio di indisponibilità della vita umana e, quindi uguale o simile nel suo impianto fondamentale, al testo unificato in esame attualmente al Senato

L'art. 32 Cost. presenta il diritto alla salute come “fondamentale”, tanto da costituire un **“interesse della collettività”**. **Il preteso diritto alla morte non è compreso nel diritto alla salute ed anzi è con esso in radicale antitesi.** Deve riconoscersi l'esistenza di un **principio di preferenza per la cura**, piuttosto che per la non cura;

Nella nostra legge è già scritto l'obbligo di non distruggere la propria vita e quindi di compiere tutto ciò che è ragionevolmente possibile per preservarla.

dalle norme penali che puniscono l'omicidio del consenziente (art. 589 c.p.) e l'istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.); dall'art. 5 del codice civile sulla invalidità degli atti di disposizione del proprio corpo che ne diminuiscono in modo permanente la integrità; da talune norme in materia di circolazione stradale (obbligo del casco per i motociclisti e della cintura di sicurezza per gli automobilisti), contro gli infortuni sul lavoro (che si applicano anche ai datori di lavoro, non solo ai dipendenti), sui trapianti di organo (che non consentano la donazione “da vivo” che comporti la morte del donatore).

L'Art32 della Costituzione

L'art. 32 Cost. è stato scritto per tutelare la persona

Negli anni successivi è stato introdotto il consenso informato che manca però di una regolamentazione organica. Il nuovo testo di legge approvato al Senato noto come DDL Calabrò definisce il consenso informato all'Art. 2 .

L'Art 32 presuppone che l'attività del medico è un'attività doveristica in quanto il medico opera la tutela della salute. Si potrebbe dire autodeterminazione sì ma con un necessario contraltare nel dovere del medico di curare. Si veda anche la sentenza della Cass. Pen., Sez.Un., 21 gennaio 2009, N. 2437 che dice che la mancanza del consenso in caso di trattamento sanitario con esito fausto non può comportare nessun tipo di rilevanza sul piano penale.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

16 DICEMBRE 2006

Art. 16

- Accanimento diagnostico-terapeutico –

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 17

- Eutanasia -

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.

Art. 22

-Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica -

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento

Concetto di libertà

Riguardo al dibattito bioetico in cui vengono normalmente *contrapposti il valore della vita e quello della libertà* tale contrapposizione è impropria e sviante

La libertà di scelta ("**libertà di**") si combina sempre con una libertà di realizzazione ("**libertà per**"), che pone la sua ipoteca sulla sensatezza della scelta: nulla diventa buono per il solo motivo di essere scelto, ma in quanto risponde in qualcosa al bene del soggetto che la compie. La relazione ad altri è parte della mia identità ("**libertà con**").

L'autodeterminazione non è sinonimo di individualità autosufficiente.

La libertà non è solo libertà-di-scelta, ma anche libertà-di-scelta-per-un-qualche-bene, ma è anche sempre, direttamente o indirettamente "libertà con" altri, libertà-in-relazione-con-altra-libertà.

La libertà non è fine a se stessa e oggi bisogna riscoprirne il senso vero: libertà è una dote intrinseca all'uomo, la libertà di scelta è e deve essere la libertà per il bene, è libertà con gli altri cioè relazione, una dimensione intrinseca dell'uomo infatti e il suo essere in relazione con gli altri e con Dio, la libertà non può quindi prescindere da questo essere in relazione con e quindi ad esso deve essere commisurata

CNB 2005 SVP

Testo approvato dal CNB nella seduta del 30 settembre 2005 riguardante alimentazione idratazione di paziente in stato vegetativo

Stato vegetativo persistente (ex coma vigile) : si indica un quadro clinico (derivante da compromissione neurologica grave) caratterizzato da un apparente stato di vigilanza senza coscienza, con occhi aperti, attività motoria degli arti limitata a riflessi senza movimenti finalistici. Le funzioni cardocircolatorie e respiratorie sono conservate e il paziente non necessita di sostegni strumentali. E' conservata anche la funzione gastro-intestinale, anche se il paziente è incapace di nutrirsi per bocca a causa di disfunzioni gravi a carico della masticazione e deglutizione. Necessitano di un'assistenza ad alto contenuto umano e basso contenuto tecnologico Non sono né la qualità della patologia né la probabilità di guarigione a giustificare la cura: essa trova la sua ragione nel bisogno del malato di cure e terapie.

Nutrizione e idratazione vanno considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere. Acqua e cibo non diventano una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale.

Nutrizione e idratazione artificiali costituiscono forme di assistenza ordinaria di base e proporzionata. La sospensione di tali pratiche va valutata come una forma crudele di abbandono del malato e la richiesta di sospensione nelle DAT come richiesta di eutanasia omissiva.

Quando **alimentazione idratazione** assumono carattere straordinario e quando si realizzi l'ipotesi di accanimento terapeutico è lecito chiederne la sospensione



28 agosto 2006

Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili.

Articolo 25

Salute

Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute, senza discriminazioni sulla base della disabilità. Gli Stati Parti devono prendere tutte le misure appropriate per assicurare alle persone con disabilità l'accesso ai servizi sanitari che tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione collegati alla sanità. In particolare, gli Stati Parti dovranno:

(f) prevenire il rifiuto discriminatorio di assistenza medica o di cure e servizi sanitari o di cibo e fluidi sulla base della disabilità

Coma-Stato vegetativo permanente-Morte cerebrale

Come spiega il Centro Nazionale Trapianti esiste una «sostanziale differenza» tra stato di coma, stato vegetativo persistente e morte cerebrale.

Coma. È una condizione clinica complessa che deriva dall'alterazione del regolare funzionamento del cervello con compromissione dello stato di coscienza. Anche nei casi più gravi le cellule cerebrali sono vive ed emettono segnali elettrici rilevabili. Il coma comprende più stadi di diversa gravità, incluso lo stato vegetativo persistente, ed è una situazione dinamica, che può cioè regredire o progredire. In questi casi si è in presenza di pazienti vivi, sui quali si deve attuare qualsiasi presidio terapeutico che sia in grado di curarli.

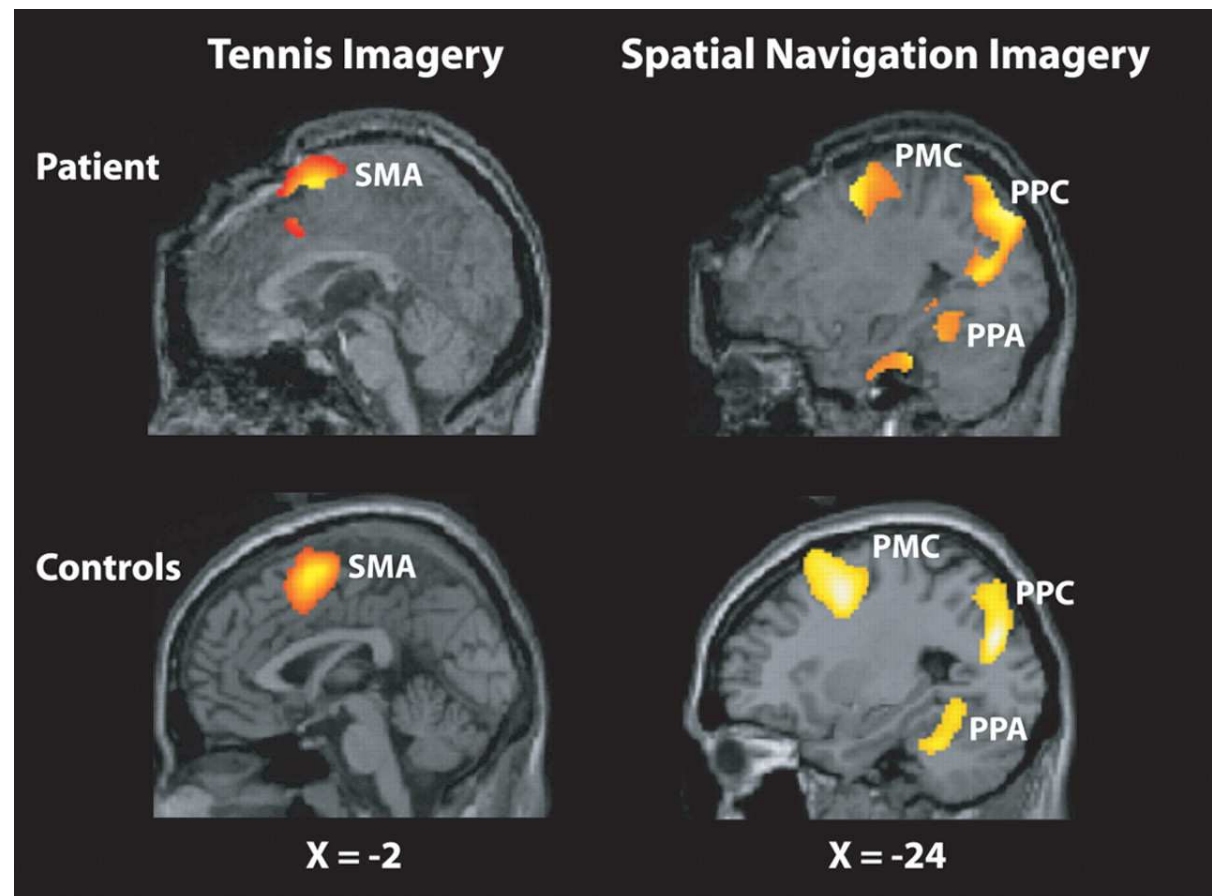
Stato vegetativo persistente. È quello di Eluana: in questo caso le cellule cerebrali sono vive e mandano segnali elettrici evidenziati in modo chiaro dall'elettroencefalogramma. Il paziente può respirare in modo autonomo, «mantiene una vitalità circolatoria, respiratoria e metabolica e un controllo sulle cosiddette funzioni vegetative (esempio temperatura corporea, pressione arteriosa, diuresi, etc...)». I riflessi dei nervi cranici e i riflessi respiratori sono mantenuti; le funzioni cerebrali «mantengono una certa vitalità, sebbene ridotta».

Morte cerebrale. Le cellule cerebrali sono morte, non mandano segnale elettrico e l'encefalogramma risulta piatto. Il soggetto ha perso in modo irreversibile la capacità di respirare e tutte le funzioni encefaliche: non ha controllo sulle funzioni vegetative (non c'è più controllo sui meccanismi che regolano la temperatura corporea e la pressione arteriosa). I riflessi dei nervi cranici e i riflessi respiratori sono assolutamente assenti; le funzioni cerebrali sono assenti in modo irreversibile.

Stato vegetativo permanente

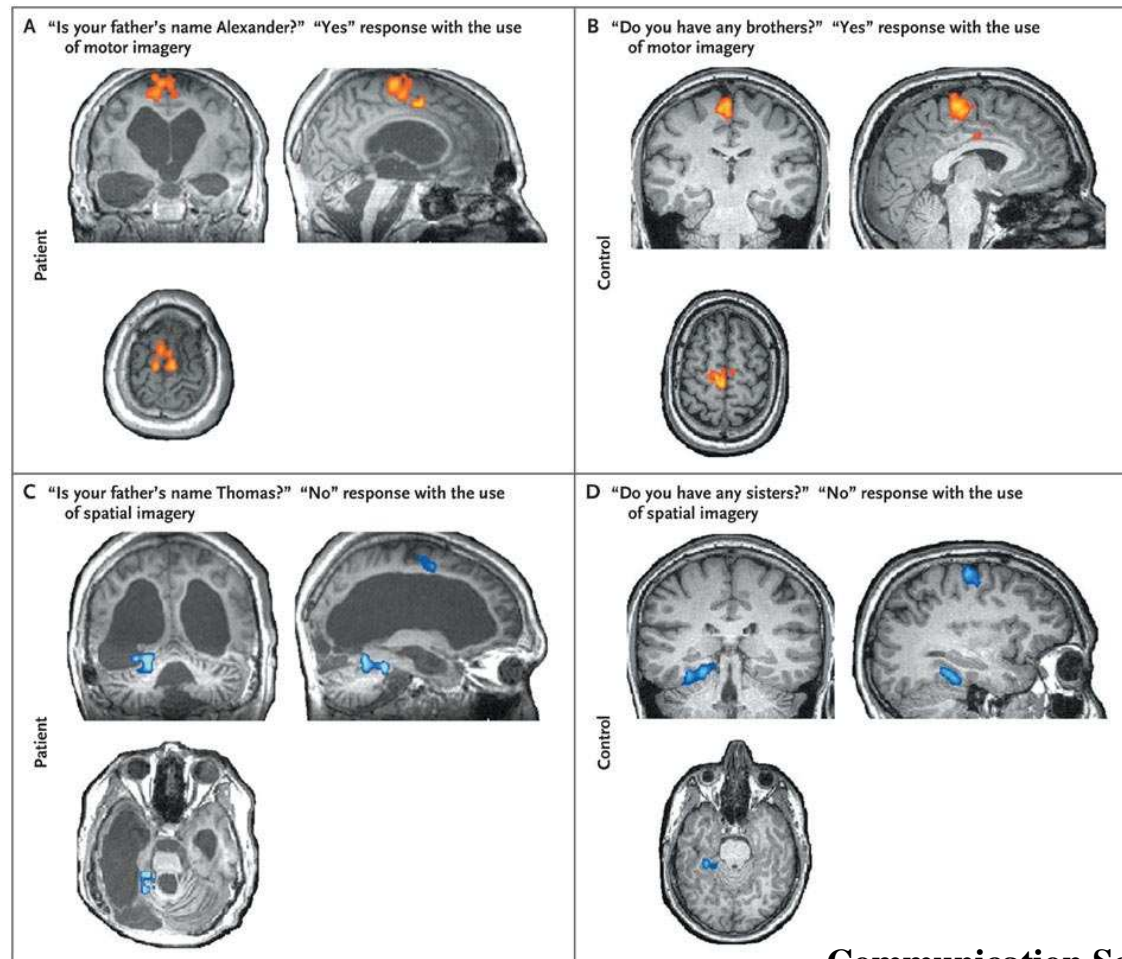
"stato vegetativo permanente" non vuole dire che non c'è nessuna attività cerebrale. In un lavoro scientifico recente è stato dimostrato che se si mette davanti agli occhi di uno di questi malati una fotografia di persone care, e si fa una **risonanza magnetica funzionale**, si vede l'accensione di una attività cerebrale. Recenti studi sono stati pubblicati anche su The New England Journal of Medicine.

In particolare hanno chiesto ad un paziente in stato vegetativo di pensare di giocare a tennis o di stare in casa e hanno così visto che si «accendevano», rispettivamente, la corteccia motoria (quella appunto legata ai movimenti) e quella spaziale (che colloca una persona nello spazio) proprio come i un paziente sano (controls)



Stato vegetativo permanente

Studi sull'attività cerebrale negli stadi vegetativi effettuati con **risonanza magnetica funzionale**, e pubblicati anche su The New England Journal of Medicine.



Communication Scans

Risultato di due esempi di comunicazioni ottenuti da un paziente (Panels A and C) e un soggetto sano (Panels B and D) durante una risonanza magnetica funzionale. Ad entrambi sono state fatte le stesse domande e confrontando le reazioni si riscontrano le stesse reazioni in caso di risposta "si" e di risposta "no"

Stato vegetativo permanente

24/11/2009 - VITE SOSPESE - I MIRACOLI DELLA MENTE

Per i medici era in coma, paralizzato da un incidente automobilistico nel 1983. Stato vegetativo persistente, è la diagnosi che ha accompagnato la sua scheda personale, almeno sino a che i ricercatori hanno trovato una via per capire che il cervello era ancora in attività. Gli hanno insegnato a esprimersi e lui l'ha fatto. **«Urlavo senza che nessuno potesse sentire - è riuscito a dire -. Sono stato il testimone della mia sofferenza mentre i dottori cercavano di parlarmi, sino al giorno in cui ci hanno rinunciato».**

Con una nuova tecnologia di «scanning», gli specialisti hanno potuto dimostrare che l'attività celebrare non era interrotta. In un secondo momento, utilizzando uno strumento ad alta sensibilità, dunque in grado di registrare movimenti anche minimi, hanno cominciato «a parlare con Rom» che ha potuto raccontare la sua storia.

In un studio firmato per la rivista scientifica «**BioMedCentral Neurology**», lo specialista ha scritto di ritenere tutt'altro che isolate le circostanze in cui si è trovato il giovane belga. **«Al 41 per cento di chi è in stato di minima incoscienza viene diagnosticato erroneamente uno stato vegetativo** - sostiene - mentre sappiamo che tutti coloro che risultano consapevoli possono essere curati e compiere progressi significativi».

CNB 2003

Dichiarazioni anticipate di Trattamento

Dichiarazioni anticipate di Trattamento: chi e come può farlo

E' un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato

Per far acquisire rilievo pubblico (anche se non necessariamente legale) a questi documenti viene richiesto che essi siano redatti per iscritto, che non possa sorgere alcun dubbio sulla identità e sulla capacità di chi li sottoscrive, sulla loro autenticità documentale e sulla data della sottoscrizione e che siano eventualmente controfirmati da un medico, che garantisca di aver adeguatamente informato il sottoscrittore in merito alle possibili conseguenze delle decisioni da lui assunte nel documento.

E'auspicabile che il sottoscrittore indichi una scadenza temporale per la conferma e/o il rinnovo della sua Dichiarazione, fermo restando il diritto di revocare o parzialmente cambiare le sue disposizioni in qualsiasi momento

CNB 2003

Dichiarazioni anticipate di Trattamento

Convenzione di Oviedo [Consiglio d'Europa - 1997] Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina)
Ribadendo la centralità della tutela della dignità e identità della persona, la Convenzione attribuisce, all'art. 9, particolare rilievo ai desideri precedente espressi dal paziente, stabilendo che essi saranno presi in considerazione (1).

Codice di deontologia medica italiano all'art. 34 (nel nuovo del 2006 è art38), sotto la rubrica Autonomia del cittadino, dispone : “ Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso”. Si tenga anche conto che il medesimo codice deontologico afferma all'art. 36 (nel nuovo del 2006 è art17) che “il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare o favorire trattamenti diretti a provocarne la morte” e all'art. 35 (nel nuovo del 2006 è art36) abilita il medico a intervenire con l'assistenza e le cure indispensabili in condizioni di urgenza e in caso di pericolo di vita

CNB 2003

Dichiarazioni anticipate di Trattamento

Sul piano etico non esistono radicali obiezioni di principio nei confronti del testamento biologico possono però essere avanzati vari dubbi e varie riserve in ordine alla struttura e alle modalità di attuazione delle dichiarazioni anticipate

ASTRATTEZZA E VINCOLABILITA'

Preoccupazione per un'astrattezza e genericità dovuta alla distanza, psicologica e temporale, tra la condizione in cui la dichiarazione viene redatta e la situazione reale di malattia in cui essa dovrebbe essere applicata questo già un primo e decisivo argomento (ma non certo l'unico) contro una rigida vincolabilità delle dichiarazioni anticipate

Le dichiarazioni anticipate non devono in alcun modo essere intese come una pratica che possa indurre o facilitare logiche di abbandono terapeutico, neppure in modo indiretto: infatti, le indicazioni fornite dal paziente, anche quando espresse (come è in parte inevitabile) in forma generale e standardizzata, non possono mai essere applicate burocraticamente e ottusamente, ma chiedono sempre di essere calate nella realtà specifica del singolo paziente e della sua effettiva situazione clinica

La dottoressa Sylvie Menard

Sylvie Menard lavora, e fa una vita normale. Ciò che è cambiato, dice, è il suo sguardo sulla vita. Parigina, cresciuta nella Sorbona del 1968, arrivò in Italia con il matrimonio. Dal '69 in via Venezian, allieva di Umberto Veronesi, è, dice, laica e non credente. Del suo maestro ha condiviso l'impostazione filosofica. E sull'eutanasia, è sempre stata d'accordo con lui. Fino a quando non si è trovata dall'altra parte della barricata. Malata, e di quale malattia. «Era il 26 aprile 2005. Quel giorno, la donna che ero stata fino ad allora è morta. L'esame segnalava un tumore del midollo, un tumore non guaribile. Allora verità e valori sono stati rivoluzionati. Io, sono nata di nuovo».

«E' cambiata la consapevolezza della vita stessa. Quando sei sano, pensi di essere immortale. Quando invece la tua fine non è più virtuale, la prospettiva si capovolge. **Io, il testamento biologico, da sana, lo avrei sottoscritto. Ora no.** Quando hai un cancro, diventi un'altra persona, e ciò che pensavi prima non è più vero. **Ciò che da sani non si capisce, è che i pazienti sono una popolazione diversa. Anche io, prima, parlavo di «dignità della vita», una dignità che mi sembrava intaccata in certe condizioni di malattia. Da sani si pensa che dovere essere lavati e imboccati sia intollerabile, "indegno". Quando ci si ammala, si accetta anche di vivere in un polmone di acciaio. Ciò che si vuole, è vivere. Non c'è nulla di indegno in una vita totalmente dipendente dagli altri. E' indegno piuttosto chi non riesce a vederne la dignità».**

CNB 2003

Dichiarazioni anticipate di Trattamento

I contenuti delle dichiarazioni anticipate

- esclusione tra le dichiarazioni anticipate di quelle che siano in contraddizione col diritto positivo, con le norme di buona pratica clinica, con la deontologia medica o che pretendano di imporre attivamente al medico pratiche per lui in scienza e coscienza inaccettabili.
- attraverso le dichiarazioni anticipate, il paziente non può essere legittimato a chiedere e ad ottenere interventi eutanasici a suo favore
- sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 9.4.2002, Pretty v. The United Kingdom

CNB 2003

Dichiarazioni anticipate di Trattamento

I contenuti delle dichiarazioni anticipate

E' importante la questione dell'attualità di queste nel momento in cui concretamente si determinino le condizioni per cui il medico debba intervenire

Tenere conto di nuove acquisizioni scientifiche, di nuove tecniche di trattamento

Cosa scrivere e cosa no

- **Indicazioni sull'assistenza religiosa**
- **Indicazioni sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che si possono prospettare lungo il decorso della malattia**
- **Indicazioni finalizzate ad implementare le cure palliative**
- **Indicazioni finalizzate a richiedere formalmente la non attivazione di trattamenti di sostegno vitale che appaiano sproporzionati o ingiustificati**
- **Indicazioni finalizzate a richiedere il non inizio o la sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale**
- **Indicazioni finalizzate a richiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale**

CNB 2003

Testamento biologico o Dichiarazioni anticipate di Trattamento

Attualità' e ruolo del Medico rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate

Verificare che le dichiarazioni pregiudizialmente espresse in determinate circostanze e condizioni personali (spesse volte di pieno benessere psico-fisico) corrispondano alle volontà che il paziente manifesterebbe, qualora fosse capace di intendere e di volere, nel momento in cui si rendesse necessaria la prestazione terapeutica

Il medico, non deve eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma anzi ha l'obbligo di valutarne l'attualità in relazione alla situazione clinica di questo e agli eventuali sviluppi della tecnologia medica o della ricerca farmacologica o ignorati dal paziente

La valenza etica di queste dichiarazioni dipende esclusivamente dal fatto che esse conservino la loro attualità

Ne consegue che se il medico, in scienza e coscienza, si formasse il solido convincimento che i desideri del malato fossero non solo legittimi, ma ancora attuali, onorarli da parte sua diventerebbe non solo il compimento dell'alleanza che egli ha stipulato col suo paziente, ma un suo preciso dovere deontologico. E' altresì ovvio che se il medico, nella sua autonomia, dovesse diversamente convincersi, avrebbe l'obbligo di motivare e giustificare in modo esauriente tale suo diverso convincimento

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Art. 1.

(Tutela della vita e della salute)

La presente legge, tenendo conto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione:

- a) **riconosce e tutela la vita umana**, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge;
- c) **vieta** ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale **ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio**, considerando l'attività medica nonché di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza;
- d) **impone l'obbligo al medico di informare il paziente** sui trattamenti sanitari più appropriati, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 4, **riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica** tra il medico e il paziente, che acquista peculiare valore proprio nella fase di fine vita;

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

- e) **riconosce che nessun trattamento sanitario puo` essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato** nei termini di cui all'articolo 2, fermo il principio per cui la salute deve essere tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettivita` e nessuno puo` essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge e con i limiti imposti dal rispetto della persona umana;
- f) **garantisce che in casi di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati**, non efficaci o non tecnicamente adeguati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura.

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Art. 2.

(Consenso informato)

1. Salvo i casi previsti dalla legge, **ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole.**

Art. 3.

(Contenuti e limiti della dichiarazione anticipata di trattamento)

2. **Nella dichiarazione anticipata di trattamento** il soggetto, in stato di piena capacità di intendere e di volere e in situazione di compiuta informazione medico-clinica, **dichiara il proprio orientamento** circa l'attivazione o non attivazione di trattamenti sanitari, purché **in conformità a quanto prescritto dalla legge e dal codice di deontologia medica.**

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

3. Nella dichiarazione anticipata di trattamento **puo` essere esplicitata la rinuncia** da parte del soggetto ad ogni o **ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale.**
4. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il soggetto non puo` inserire indicazioni che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.
5. Anche **nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite** sui diritti delle persone con disabilita`, fatta a New York il 13 dicembre 2006, **l'alimentazione e l'idratazione**, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, **sono forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.**
6. La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui e` accertato che **il soggetto in stato vegetativo** non e` piu` in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e per questo motivo non puo` assumere decisioni che lo riguardano.

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Art. 4.

(Forma e durata della dichiarazione anticipata di trattamento)

1. Le dichiarazioni anticipate di trattamento non sono obbligatorie, sono redatte

in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, in piena capacità di intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale che contestualmente le sottoscrive.

3. Salvo che il soggetto sia divenuto incapace, la dichiarazione anticipata di trattamento **ha validità per cinque anni, che decorrono dalla redazione dell'atto ai sensi del comma 1, termine oltre il quale perde ogni efficacia. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere rinnovata più volte, con la forma e le modalità prescritte dai commi 1 e 2.**

4. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere revocata o modificata in ogni momento dal soggetto interessato.

6. In condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica.

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Art. 7.

(Ruolo del medico)

1. **Le volontà espresse dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno.**

2. **Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Le indicazioni sono valutate dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.**

3. Nel caso di controversia tra il fiduciario ed il medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Ci riferiamo in particolare agli emendamenti che sostituiscono all'idea di DAT non vincolanti, quella di DAT "impegnative". gli emendamenti 2,28; 2,22; 4,11; 4,12; 4,13; 4,10; 7,1. Da un lato dire che le DAT sono "**impegnative**" può apparire coerente con l'affermazione contenuta nel "testo Calabrò", che il medico deve "**tenerne conto**", ma dall'altro lato vi è il rischio che la parola possa essere interpretata come "vincolanti" ("impegnative, cioè "vincolanti").

Una volta stabilita con doveroso rigore la non vincolatività delle DAT non hanno senso gli emendamenti che introducono l'obiezione di coscienza

Non è accettabile neppure il tentativo di mediazione che pone l'obbligo di eseguire le DAT a carico della struttura sanitaria qualora il medico del paziente non intenda applicarne il contenuto (cfr. emendamenti 7,21; 7,32; 7,33). In tal modo si contraddice la logica di tutto il "testo Calabrò).

DDL n10 "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Particolare attenzione meritano, ovviamente, i sei emendamenti più autorevoli perché presentati dal relatore.

Sono tutti migliorativi, ma nessuno cambia la sostanza del testo, se non l'emendamento 3.11 che allarga giustamente lo spazio di operatività delle DAT dalla situazione di "stato vegetativo" a quella più comprensiva dell'incapacità di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario. Anche se l'interpretazione sistematica ottiene lo stesso risultato, dato il tenore dello stesso art. 3 al primo comma, l'emendamento è chiarificante.

Analogamente l'emendamento 3,10 mantiene ferma la regola che l'idratazione e l'alimentazione non possono essere oggetto di DAT e devono essere mantenute fino al termine della vita, ma introduce una precisazione giusta, ma che non è una eccezione. L'emendamento, infatti, stabilisce che l'alimentazione e l'idratazione devono essere mantenute *"ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo"*, ma il concetto stesso di alimentazione e idratazione suppone che vi sia una possibilità di assorbire le sostanze nutritive e idratanti. Dunque il confronto del testo originario non è diverso da quanto più chiaramente dice l'emendamento.

Perché diciamo sì al DDL Calabrò

Abbiamo espresso più volte il nostro consenso al “testo Calabrò”. Si tratta di una buona proposta perché salva il principio di indisponibilità della vita umana, interpreta correttamente l’art. 32 Cost., attribuisce alle dichiarazioni anticipate di trattamento un ruolo di continuazione nel tempo dell’alleanza terapeutica “tra medico e paziente escludendone ogni efficacia vincolante per il primo nel caso di perdita di coscienza del secondo”, riconosce il carattere non terapeutico della idratazione e alimentazione conformemente alla loro natura di mezzi di sostegno vitale.

Abbiamo auspicato la rapida approvazione del “testo Calabrò” senza alcuna modifica perché il suo contenuto essenziale è positivo e sull’altro piatto della bilancia poniamo il rischio di qualche modificazione negativa.

Le “disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore” sono già incluse nel testo di legge già approvato dalla Camera il 18 novembre 2009, attualmente in discussione al Senato (n. 1771).