

LA LEGGE SUL FINE VITA
ACCELERA ALLA CAMERA
OGGI GLI EMENDAMENTI
SUI PUNTI DA CHIARIRE

Fine vita, la legge accelera. Ma va chiarita

Entro oggi alla Camera gli emendamenti al testo che vincola all'esecuzione delle volontà espresse dal paziente. La relatrice Lenzi (Pd): compromesso contro l'eutanasia. Molto critici Binetti, Calabò e Gigli

di Enrico Negrotti

Oggi alle 16 scade il termine per presentare gli emendamenti al testo unificato del disegno di legge su «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», attualmente in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera. Un testo, come sottolinea il presidente della Commissione, **Mario Marazziti** (Des-Cd), frutto di molti mesi di lavoro: «Erano stati presentati 16 disegni di legge (tra cui uno anche a mia firma). Dopo molte audizioni e riunioni di un comitato ristretto si è giunti a questa sintesi». Un documento unificato che verrà discusso a partire dalla prossima settimana, ma che ha sollevato più di un'obiezione su alcuni punti cruciali, quali la vincolatività per il medico delle «dichiarazioni del paziente» (che non a caso diventano «disposizioni»); la possibilità di rinunciare a idratazione e alimentazione; la posizione di debolezza di minori e persone disabili, per citare le principali. «Il testo non è perfetto - osserva Marazziti -. Ma penso che sia un punto di arrivo impensabile solo qualche mese fa su un tema così delicato e divisivo, da oltre un decennio». Tra gli emendamenti presentati dal presidente, due riguardano la valorizzazione del consenso informato e il diritto del paziente di usufruire di un adeguato sostegno psicologico, per evitare che possano influire sulle decisioni la condizione di depressione o eventuali pressioni. Più articolato un emendamento che punta sulla «pianificazione condivisa delle cure» per favorire - in presenza di una patologia cronica e invalidante - una

collaborazione tra medico e paziente per il rispetto delle volontà del malato in vista di una possibile condizione di incapacità di quest'ultimo. Sicura che il lavoro svolto rappresenti un'ottima base di partenza è la relatrice del disegno di legge unificato, **Donata Lenzi** (Pd). A suo avviso «il testo è molto equilibrato tra opzioni culturali tra loro molto distanti. Tiene insieme coloro che sono a difesa della vita, perché non prende una strada pro-eutanasia, e nello stesso tempo riconosce il valore della libertà di ciascuno di noi di dire che cosa vuole fare». Quanto all'obbligo di seguire la volontà del paziente, Lenzi osserva che «la frase è forse troppo secca e andrà precisata meglio, bisogna però ricordare che il medico non cura solo un corpo ma una persona; quindi deve tener conto del sistema di valori e di relazioni, la storia personale e i convincimenti del singolo». Su idratazione e alimentazione «ci saranno ancora discussioni, ma ci rifacciamo alla posizione della Federazione degli Ordini dei medici e della stragrande maggioranza della comunità scientifica, che dice che sono trattamenti sanitari. Il nostro obiettivo è fare una legge equilibrata, e lo faremo nello sforzo di ascoltare tutti».

Critico verso l'impostazione generale del disegno di legge è invece **Raffaele Calabò** (Ap), che ha fatto parte del comitato ristretto: «Sulla rinuncia all'idratazione e alimentazione si gioca con le parole fra trattamento medico o meno. Nel momento in cui tolgo la flebo a una persona la faccio morire disidratata. Credo che il Servizio sanitario nazionale non dovrebbe collaborare a quello che si può configurare come un suicidio. Paradossalmente il disegno di legge non fa cenno al divieto di accanimento terapeutico né specifica il momento



"clinico" in cui diventano attuali le dichiarazioni anticipate di trattamento». Altro scoglio è – secondo Calabò (che è medico) – il rispetto incondizionato della volontà del paziente: «Il medico non può essere sminuito a esecutore della volontà altrui, espressa in precedenza, quando magari l'evoluzione della scienza ha portato nuove cure. Una condizione parzialmente mitigata dall'aver previsto la figura del fiduciario, con cui si può dialogare».

Non fa sconti al disegno di legge neanche **Gian Luigi Gigli** (Des-Cd), che alle precedenti obiezioni aggiunge il timore per le persone più deboli: «C'è un problema enorme per i soggetti disabili o incapaci. La mia proposta in un emendamento è che nessuna decisione possa essere presa da chi legalmente li rappresenta senza l'intervento di un giudice, se il medico ritiene che possa esserci il sospetto che si voglia affrettare la fine del paziente. Questa situazione riguarda gli incapaci in genere, che comprendono sia i minori sia i gravi disabili». Inoltre le dichiarazioni anticipate di trattamento, aggiunge Gigli, «dovrebbero essere redatte sempre alla presenza di un medico, per accettare che ci sia almeno la capacità di intendere e di volere, evitando condizioni di depressione o stati confusionali: non possono bastare due testimoni qualunque, per non parlare del recupero delle dichiarazioni già rilasciate in passato».

Ancora da medico, **Paola Binetti** (Misto) sottolinea come «prevedere che idratazione e alimentazione possano essere sospese rende inutile le successive cure palliative, perché diventa impossibile la terapia endovenosa. E in più il dolore aumenta». Da neuropsichiatra Binetti ricorda un dato spesso trascurato: «Molto spesso la volontà di farla finita è un'estrema richiesta di aiuto da parte di un paziente che non vuole essere abbandonato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IASCHIEDA

Le «disposizioni» vincolanti

Consenso informato, «disposizioni anticipate di trattamento» e pianificazione condivisa delle cure: sono i capisaldi del testo unificato sul fine vita, in discussione alla Camera. I suoi 5 articoli condensano 16 proposte di legge discusse in Commissione Affari sociali. Il testo nella formulazione attuale prevede che il consenso informato, discendente dal principio costituzionale secondo cui nessuno può essere sottoposto a trattamento sanitario se non per sua decisione, venga elevato a condizione per somministrare pure idratazione e nutrizione artificiali. Che tuttavia non sono interventi medici, ma sostegni vitali. In caso di minori, così come di persone incapaci o soggette ad amministrazione di sostegno, la decisioni mediche devono essere assunte o dai genitori, o da chi è titolato per legge ad agire nell'interesse del paziente. Ma quest'ultimo, raccomanda il testo unificato, deve essere valorizzato nella sue capacità di comprensione e decisione. La proposta di legge si addentra poi nelle «disposizioni» (e non più «dichiarazioni») anticipate di trattamento, prevedendo che una persona possa indicare – in caso di futura impossibilità a farlo – quali trattamenti sanitari desideri ricevere e quali no. Queste dichiarazioni devono essere in ogni caso redatte per iscritto, e possono prevedere che a relazionarsi con i sanitari sia una persona di fiducia indicata dal loro estensore. Solo in un caso il medico può disattenderne il contenuto: se tra il momento in cui sono state redatte e quello in cui diventassero operative la scienza è diventata in grado di migliorare le condizioni di vita per quella specifica patologia. Ma a patto che il fiduciario o i familiari siano d'accordo. Vincolante per il medico – pure quando il paziente non fosse più in grado di comunicare – è anche la «pianificazione condivisa delle cure»: un documento sottoscritto da sanitario e malato.

Marcello Palmieri