

Diritto alla salute e diritto alla dignità nella sofferenza, diritto al rifiuto delle cure mediche - *Relazione sugli aspetti legali implicati a tenuta cura dell'Avv. Renato Mantovani durante la seduta del Comitato Etico degli I.C.P. del 19/12/2006*

Alcune legislazioni di Paesi aderenti all'Unione Europea trattano il problema del diritto alla c. d. "morte dignitosa" permettendo, sia pure con riconoscimenti molto sfumati del diritto, di "chiudere l'interruttore" quando proprio non c'è più nulla di umanamente fattibile per ridurre una sofferenza atroce e le speranze di sopravvivenza del paziente sono sostanzialmente ridotte a zero.

In Olanda ormai dal 1994 il medico non è ritenuto penalmente perseguibile qualora dia la morte (ovviamente con somministrazioni di farmaci o l'utilizzo di tecniche mediche indolori e pragmaticamente corrette) ad un suo paziente affetto da una malattia riconosciuta ormai come incurabile giunta la suo stadio terminale. Siamo in presenza di una normativa statale che accetta l'eutanasia passiva.

In Svizzera, invece, non viene punito chi, astenendosi dal causare la morte ad un paziente che lo richieda, in qualche modo comunque ne faciliti il suicidio assistendolo o fornendogli, se del caso, gli strumenti (medicinali o quant'altro) per attuare il suo intento suicida. Ovviamente anche in questo caso il soggetto non viene penalmente perseguito solo se dimostra che colui che si è suicidato era affetto da malattia ormai incurabile ed a uno stadio finale.

In Danimarca viene consentito ai medici di interrompere le cure qualora il paziente lo chieda loro espressamente, o lasci sue precise disposizioni in tal senso quando è ancora in buona salute e con capacità decisionali integre ma

sa di essere a rischio di malattia terminale.

In Italia la situazione è molto diversa perché da noi il medico che oggi si trova ad assistere un paziente la cui vita drammaticamente e inesorabilmente si spegne con la coscienza di non avere possibilità alcuna di praticargli terapie che possano fare sperare in un suo recupero, ha sostanzialmente due alternative di fronte a sé: l'eutanasia passiva (non fare più nulla e lasciare che la malattia maligna termini il suo percorso) o porre in essere un vero e proprio, ma inutile, accanimento terapeutico.

Un profondo conoscitore della materia (M. Barni) definisce come accanimento terapeutico lo sperimentare sul paziente ogni possibile attività terapeutica, ultronea al mero sostegno vitale ed alla sedazione del dolore e pertanto spinta ben oltre ogni ragionevole valutazione della incombenza ed imminenza del decesso.

Sempre il Barni definisce come "eutanasia passiva" la determinazione dell'evento letale attraverso una omissione di specifica pertinenza e disponibilità tecnico-professionale attuata quando sia venuta meno ogni razionale speranza di salvare una persona morente e gravemente sofferente per un male incurabile.

Si deve però specificare che per parlare di eutanasia da parte di un sanitario è possibile solo quando la sua desistenza dal trattamento sanitario è dovuta ad una precisa ed inequivocabile manifestazione di volontà da parte del paziente giunto fatalmente allo stadio terminale della patologia che lo affligge. Se così non fosse il comportamento omissivo del sanitario è qualificabile non più come eutanasia bensì con la ben più grave ipotesi delittuosa di omicidio volontario.

Nel giuramento che ogni medico fa all'inizio della sua professione vi è anche

l'impegno di "perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza". A questo si aggiunge però l'obbligo assunto di "rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto".

Se è quindi vero che il medico è il custode della salute del suo paziente è altrettanto vero che con lo stesso impegno deve salvaguardarne anche la dignità di essere umano quando questi è gravemente ed irrimediabilmente sofferente.

Il medico di fronte a soggetti affetti da gravi patologie con esito sicuramente infausto deve sempre risolvere un dilemma di indubbia difficoltà: intervenire come asettico "tecnico della salute" prodigandosi in attività terapeutica al fine di allungare ad ogni costo la sopravvivenza del suo paziente o desistere dal praticare cure fonte di inutili sofferenze ma sicuramente prive nel caso concreto di una benché minima possibilità di riuscita terapeutica.

La risposta di volta in volta la può dare solo il medico che si trova di fronte al caso concreto e agisce come sempre con "scienza e coscienza"; chi si occupa di diritto può solo richiamare alla sua attenzione alcune norme del nostro Ordinamento.

La Carta Costituzionale, all'articolo 32 testualmente 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 ad 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."

Con riguardo ai Trattamenti Sanitari Obbligatori è poi previsto che debbono essere posti in essere "nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libertà di scelta del medico e del luogo di cura.... . Nel corso del Trattamento Sanitario Obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Detti accertamenti devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato."

L'articolo 5 del Codice Civile dispone che la vita, la salute, la dignità individuale, non sono, in assenza di indicazioni terapeutiche, pienamente disponibili da parte di chi ne sia titolare.

L'articolo 50 del Codice Penale prevede che il consenso dell'avente diritto rende legittimo l'atto medico in ottemperanza al principio del massimo rispetto che il nostro ordinamento pone alla libertà personale di ogni individuo. Non si deve però dimenticare che la potestà di praticare cure mediche può avvenire anche in assenza del consenso del paziente quando, come già ricordato, questo è reso obbligatorio da una norma di legge o deve essere praticato in stato di necessità (ne è un esempio classico l'intervento d'urgenza su un traumatizzato privo di coscienza). In questi casi l'articolo 51 dello stesso Codice Penale esclude la punibilità per chi pratica T.S.O contro la volontà del paziente ma obbligatori secondo la norma e l'articolo 54 esclude la punibilità per chi agisce per salvare, sé od altri, da un pericolo grave alla persona.

Ma al di là dei casi estremi dei T.S.O. e dell'intervento urgente ed inderogabile su soggetto incosciente, il sanitario per intervenire deve sempre

avere il consenso, liberamente e coscientemente reso, del paziente. Qualora vi sia dissenso deve comunque astenersi e, se del caso, richiedere l'intervento dell'Autorità Giudiziaria per quei casi in cui il dissenso gli appaia gravemente pregiudizievole per il reale benessere del paziente o della comunità.

Dalla fine di gennaio anche per i malati terminali italiani e, ovviamente, anche per i loro medici curanti, è però sicuramente più facile accedere a farmaci antidolore oppioidi.

Un ennesimo decreto legislativo, purtroppo manca un testo unico che riordini e regolamenti una volta per tutte questa materia, ha stabilito che per i seguenti dieci farmaci vi siano modalità prescrittive più semplici: buprenorfina , codeina , diidrocodeina , fentanyl , idrocodone , idromorfone , metadone , morfina , ossicodone, ossimorfone.

Pertanto il personale sanitario, medico e paramedico, è autorizzato non solo a prescrivere ma anche a consegnare direttamente al domicilio dei pazienti affetti da "dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa", ma solo ed espressamente a questi pazienti, i farmaci predetti per i quali si ritiene comprovata una azione narcotico-analgésica.

Molto spesso il non accanirsi con trattamenti terapeutici sostanzialmente inutili alla sopravvivenza porta al decesso del paziente, evento purtroppo ineluttabile, che in termini temporali potrebbe però essere posticipato al prezzo di ulteriore quanto inutile (ed inumano) patimento.

Un tale evento può però portare a ritenere che il sanitario abbia posto in essere l'eutanasia del paziente, quanto meno quella passiva.

Fatto questo che per il nostro ordinamento giuridico ha una rilevanza penale

rientrando nel concetto penalmente punito come “Omicidio del consenziente”.

Il Codice penale all'art. 579 prevede che : “ Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.”

Questo anche se nella prassi il concetto di eutanasia sviluppa due fattispecie ben distinte a seconda che questa sia “attiva” o “passiva”.

Con il termine **Eutanasia attiva** si intende infatti quell'atto, praticato esclusivamente su richiesta del paziente, col quale un medico, convinto dell'insopportabile sofferenza del malato e della sua imminente fine, usa un farmaco letale per aiutarlo a morire con il minor dolore possibile.

La legislazione vigente in Italia la condanna, assimilandola ad un omicidio, pur in una forma meno gravosa rispetto a quello volontario.

Per **Eutanasia passiva** si definisce invece la "interruzione dei trattamenti", visto che questa espressione implica solo la sospensione delle cure nei confronti dei malati al termine della vita per i quali la morte è rinviata soltanto dagli sforzi medici.

La sua pratica consiste così nel non sottoporre il malato a trattamenti straordinari e, tanto meno, ad inutili accanimenti terapeutici.

Alcuni autori ritengono che sotto il profilo giuridico l'eutanasia passiva venga in qualche modo accettata in Italia nel senso che l'obbligo del medico di curare, sempre e comunque, si può ritenere cessato qualora il malato terminale, adeguatamente informato, chieda in piene coscienza la sospensione delle cure, consapevole delle conseguenze mortali di tale atto.

Al riguardo Il Prof. Vincenzo Carpino, presidente dell'Associazione anestesisti e rianimatori italiani, afferma: "noi rianimatori rianimiamo fino in fondo i pazienti, finché c'è speranza...". "È evidente - aggiunge - che bisogna fare attenzione a non incorrere in un accanimento terapeutico, quando non c'è speranza non c'è altro da fare che staccare la spina. Continuare a tenere in vita un corpo senza cervello non ha alcun senso".

Questa tesi, che lo scrivente approva senza alcuna riserva è però purtroppo sostanzialmente disattesa in quanto dal dal sito del Ministero della salute :

ITALIA

Nel nostro Paese l'eutanasia è vietata dalla legge, anche se il malato è consenziente, viene equiparata all'omicidio ed è perseguita penalmente, anche se viene considerata meno grave rispetto all'omicidio volontario (omicidio del consenziente, punito con reclusione da 5 a 15 anni). E' vietato anche il "suicidio assistito" (è il paziente che si toglie la vita, ingerendo egli stesso i farmaci forniti dal medico), anch'esso perseguito penalmente (aiuto o istigazione al suicidio, prevede la reclusione da 5 a 12 anni). E' invece tollerata quella che impropriamente viene chiamata "eutanasia passiva", vale a dire la "interruzione del trattamento terapeutico". Ciò

significa che il malato, in stato di coscienza, può chiedere la rinuncia all'accanimento terapeutico, ossia la sospensione delle cure, consapevole di andare così incontro a morte sicura. L'ex Ministro della salute Sirchia ha proposto in Italia quello che negli USA è chiamato "Living will", ossia il "Testamento biologico": si tratta di un documento contenente le volontà espresse dal malato, quando è ancora in grado di intendere e volere, circa le terapie da seguire nel caso in cui non dovesse essere più cosciente in quanto in fase terminale.

OLANDA

L'Olanda è stato il primo Paese al mondo a consentire l'eutanasia ed il suicidio assistito, anche se subordinatamente ad una serie di condizioni: per non essere perseguito, ad esempio, il medico deve assicurarsi che il paziente abbia fatto una scelta volontaria e meditata, abbia di fronte "sofferenze insopportabili" e che "non abbia alternative". L'eutanasia è stata legalizzata con una legge approvata dal Parlamento il 10 aprile 2001 ed entrata in vigore il 1° aprile di quest'anno.

SVIZZERA

In Svizzera l'eutanasia non è consentita, mentre viene accettata la pratica del "suicidio assistito": il paziente deve ingerire da solo un farmaco letale, un barbiturico molto potente.

DANIMARCA

In caso di malattia incurabile o incidente grave, i danesi che abbiano sottoscritto un "testamento medico", che i sanitari sono tenuti a rispettare, possono chiedere di non essere tenuti in vita artificialmente.

FRANCIA

In Francia la "dolce morte" è illegale, ma il codice penale tratta diversamente l'eutanasia attiva e quella passiva: nel primo caso, quando si provoca direttamente la morte del paziente, il reato è assimilato all'omicidio, mentre nel secondo caso, ossia in assenza di azione terapeutica nei casi di coma irreversibile, non c'è reato, quindi l'eutanasia passiva è accettata.

GERMANIA

Secondo la Corte tedesca, che nel 1998 ha aperto la strada all'autorizzazione dell'eutanasia per le persone in coma irreversibile, in linea di principio la "dolce morte" può essere autorizzata solamente se è inequivocabilmente corrispondente alla volontà del paziente, ma deve comunque essere approvata dai tribunali tutori.

GRAN BRETAGNA

Nel Regno Unito non sono ammessi né l'eutanasia né il suicidio assistito, ma si sono verificati dei casi in cui la giustizia britannica ha autorizzato alcuni

medici ad anticipare la morte di malati ormai senza speranza di sopravvivere e tenuti in vita in maniera artificiale.

BELGIO

In Belgio il Senato ha approvato nel 2001, un progetto di legge che autorizza l'eutanasia ma nel rispetto di precise condizioni e particolari procedure.

SVEZIA

In Svezia la "assistenza al suicidio" è un delitto non punibile; in casi estremi, il medico può interrompere il funzionamento delle macchine che tengono in vita il paziente aiutandone la respirazione.

SPAGNA

In Spagna dal 1995 il codice penale non tratta più l'eutanasia e l'assistenza al suicidio come un omicidio.

AUSTRALIA

Nel 1996 nei Territori del Nord è stata approvata una norma a favore della "dolce morte", ma la legge è stata successivamente bloccata dalla Corte federale.

USA

Negli Stati Uniti l'eutanasia è vietata dalla legge federale. Nel 1997 la Corte federale ha rimandato ai singoli Stati l'approvazione di specifiche leggi su questo argomento. Attraverso un referendum nell'Oregon è stata autorizzata l'eutanasia per i malati terminali , e le spese sono pagate dello Stato attraverso la mutua.

Avv. Renato Mantovani

Di seguito riporto alcune interessanti considerazioni recuperate dalla dottrina più qualificata in tema di testamento biologico e sulla sua "valenza" nel ns. Stato:

Testamento biologico

Sicuramente afferente al tema del «diritto a morire» è un problema, che

non tanto si è aperto di recente, quanto piuttosto è stato ancora poco dibattuto in Italia (con l'eccezione del Convegno dell'Ist. Med. Soc. 1988). Si tratta del cosiddetto «testamento biologico». Esso è nato sull'onda dei timori nei confronti dell'accanimento terapeutico, si è affermato soprattutto nei paesi anglosassoni, ma è divenuto noto ormai in buona parte dell'Europa. L'idea che lo sottende è variamente indicata in letteratura (Bill of Will, Living Will, Patientenbrief, Patiententestament, ecc.), è sostanzialmente semplice ed apparentemente ha analogie con quella cui è informato il testamento ordinario in diritto successorio. Si tratta infatti di disporre, in un caso, della destinazione dei propri beni dopo la morte, e, nell'altro, della sorte del proprio corpo infermo nella ipotesi di una futura incapacità di autonomia decisionale.

La forma, in cui viene manifestato tale atto di volontà anticipata, è varia, ma se ne conoscono testi standardizzati e suggeriti da varie associazioni proeutanasiche (Pedrazzini, 1982; Rickmann, 1987; Guillod e Guinand, 1988). Perlopiù si richiede che, in caso di malattia o di evento traumatico irreversibilmente evolutivo verso la morte a breve termine o verso gravi handicaps fisici o mentali con inaccettabile compromissione della qualità della vita, non vengano messe in atto manovre rianimatorie o cure straordinarie, ma soltanto terapie intese alla sedazione del dolore, anche se suscettibili eventualmente di accelerare l'exitus. Volontà accessorie sono talora suggerite, come ad esempio, la richiesta di autopsia o, assai di frequente, la nomina di una terza persona, quale mandataria incaricata dello scrupoloso rispetto

delle disposizioni impartite.

All'Uniform Rights of the Terminally III Act, adottato nell'agosto 1985 dalla National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, è stata allegata una Checklist Chart delle Living Will Laws emanate dal 1976 al 1985 in 36 stati USA (per le indicazioni circa i relativi statuti vedi Humphrey e Wichett, 1986, 103-109).

Riesce istruttivo esaminare quali precisazioni figurino in tali leggi e con quale frequenza esse, comparativamente, siano previste: formula di stesura esattamente indicata (34 su 36 leggi) tassatività di prescrizione (4 su 36) o possibilità di personalizzazione (29 su 36); illimitata (33 su 36) o prefissata (3 su 36) durata di validità del testamento nel tempo; previsione di intervento di familiari (5 su 36); sospensione di validità in corso di gravidanza (24 su 36); indicazioni estese anche a soggetti in coma, che non abbiano a suo tempo redatta la dichiarazione del Living Will (10 su 36); obbligo per il dichiarante di notificare la sua volontà al curante e, per questi, di includerla nella cartella personale del cliente (29 su 36); obbligo di controfirma (36 su 36) ad opera di due testimoni scelti tra: coniuge o parenti (28 su 36); eredi o beneficiari (27 su 36); medico curante o suo delegato (19 su 36); dipendenti dell'istituzione sanitaria che tratta il paziente (16 su 36); amministratore che provvede alle spese di cura del paziente (13 su 36); previsione di non perseguibilità per il personale sanitario che si adegui alla volontà del dichiarante (36 su 36); obbligo, per il medico delegato alla esecuzione, di attenersi a tali disposizioni salvo trasferire il paziente ad altro collega

(31 su 36); previsione di pene per chi non onori l'impegno assunto (12 su 36); esecutività della dichiarazione, solo se un consulto ed una dichiarazione scritta attestino le condizioni terminali del soggetto (30 su 36); previsione di nutrizione ed idratazione del paziente (19 su 36); validità del Living Will fuori dei confini dello stato (4 su 36); ecc.

Detto ora sugli aspetti prevalentemente formali di detto documento, è a chiedersi, quali siano il suo valore giuridico, la validità e l'efficacia specie nei confronti di una conseguente limitazione della autonomia decisionale del sanitario curante, posto che allo stato attuale non esistono precise norme che disciplinino la materia, né, a breve termine, ne è prevista l'introduzione, così come sono note solo poche prese di posizione giurisprudenziali (v., per la Svizzera, Brühwiller-Fresey, 1987).

Il confronto dei diversi orientamenti.

Poiché il problema è aperto ovunque e il dibattito si è infittito a livello teorico, può riuscire interessante il confronto degli orientamenti emersi, al fine di coglierne gli elementi eventualmente convergenti e le relative motivazioni (ma una indagine in proposito esula dai limiti della presente nota).

E' chiaro, e già lo si è detto, che il diritto italiano non prevede alcuna disposizione specifica in tema di testamento biologico, e, in termini più generali, di eutanasia passiva (nella quale in molti casi il problema del

Living Will viene a confluire). Sì che la risoluzione del problema può trovarsi soltanto nella applicazione di principi generali (relativi ai diritti della personalità, alla liceità dell'oggetto del contratto, al mandato ed alla sua vincolatività, all'attualità del consenso, ecc.), nei confronti dei quali principi occorre riguardarsi da una corriva importazione (quale talora viene effettuata) di decisioni nate in un diverso contesto giuridico straniero o in una differente cornice eticodeontologica, culturale, sociale.

Si tratta, nella specie, di una dichiarazione di volontà unilaterale da eseguirsi in una situazione data, e, nel caso di una delega ad un esecutore, di un mandato determinato, qual è previsto dall'art. 1710 c.c. (e, per la rinuncia, dall'art. 1727 c.c.). Ovviamente non è sostenibile l'analogia con un testamento nell'ambito del diritto successorio, in quanto il Living Will non è finalizzato a regolare, post-mortem, una situazione patrimoniale, ma è un atto fra vivi, destinato a divenir operante, quando il testante è ancora in vita (anche se non più capace di formulare validamente la sua volontà).

Vi è stato chiesto se esso sia un atto lecito, ma la risposta è stata formulata in modo affermativo nel senso che detto atto di volontà non è contrario a norme imperative, all'ordine pubblico ed al buon costume, né, di per sé, elude l'applicazione di una norma cogente, né è manifestato per un motivo illecito (comune a testante e mandatario), né incorre in particolari divieti della legge relativamente alla prestazione di cose future: tutto ciò, beninteso, se il fine, in concreto perseguito, è legittimo, se i mezzi applicati sono adeguati e se si rimane nell'ambito di

un decorso «naturale» della malattia e del rifiuto di un «accanimento terapeutico».

La volontà del mandante è sicuramente vincolante nei confronti del mandatario, salvo, beninteso, che questi non abbia accettato il mandato.

Ma il nodo essenziale del problema è la sua vincolatività per il medico curante. Questo è stato l'argomento di maggior discussione fuori dai nostri confini: ad esempio, in Germania, si sono espressi in modo contrastante Uhlenbruck (1978 e 1983); Spann (1983); Deutsch-Kleinzorg-Ziegler (1983); Rollin (1983); v. Trotsche-Schmidt (1983); Sternberg-Leben (1985); Otto (1986); Dölling (1987); in Svizzera: negativamente Hausheer (1977); Pedrazzini (1982); Burkart (1983); Nägeli (184); Guillod e Guinaud,(1988) e, positivamente, Rossinelli e Rittmeyer, entrambi nel 1984; negli Stati Uniti sono state perlopiù riconosciute (già lo si è accennato nelle pagine precedenti) validità e carattere vincolante; ecc.

Il valore non imperativo per il medico curante trova, ad avviso dello scrivente, la sua ragione d'essere essenziale nella «non attualità» della volontà del testante nel momento, in cui ha da esserne data esecuzione, e nella mutabilità dei pareri in merito. Altro è una scelta eseguita in un lontano momento di benessere (quando «la non incombenza dell'evento letale consente una valutazione astratta e distaccata dalle reali angosce della vita che fugge» e sull'onda magari «della suggestione di ventate di moda», scrive Mantovani); altro è una decisione sottesa invece da un

imperioso istinto di conservazione di chi, ancora compos sui, prende più o meno acutamente conoscenza delle sue condizioni disperate. Premesso che vige il principio secondo cui «salus aegroti suprema lex», Uhlenbruck ed il Bundesärztekammer 1986 hanno trasformato la massima in «voluntas aegroti, suprema lex». Pare eccessiva però la vincolatività affermata, mentre più corretto appare intendere il testamento biologico nel senso di un Anhaltspunkt, cioè di un punto fermo, di cui tener conto nell'ambito di una decisione che però il curante deve assumere in libertà, dopo aver ben valutato se nel caso di specie si siano realizzate le condizioni cliniche previste nel documento.

In piena adesione alle motivazioni di Guillod e Guinand (1988) ritengo che il mandato, confidato ad un terzo, di far rispettare la volontà espressa nel testamento biologico non vada al di là del compito di sensibilizzare il medico curante alla volontà espressa a suo tempo dal paziente ma che non valgano le analogie con il compito dell'esecutore testamentario.

il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene che le dichiarazioni anticipate siano legittime, abbiano cioè valore bioetico, solo quando rispettino i seguenti criteri generali:

- A.** abbiano carattere pubblico, siano cioè fornite di data, redatte in forma scritta e mai orale, da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e di volere, informati, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale, ambientale;
- B.** non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche, che contraddicano il diritto positivo, le regole di pratica medica, la deontologia.

Comunque il medico non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e la sua coscienza;

C. ai fini di una loro adeguata redazione, in conformità a quanto indicato nel punto B, si auspica che esse siano compilate con l'assistenza di un medico, che può controfirmarle;

D. siano tali da garantire la massima personalizzazione della volontà del futuro paziente, non consistano nella mera sottoscrizione di moduli o di stampati, siano redatte in maniera non generica, in modo tale da non lasciare equivoci sul loro contenuto e da chiarire quanto più è possibile le situazioni cliniche in relazione alle quali esse debbano poi essere prese in considerazione.

su tali presupposti :

Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel suo documento del 18 dicembre 2003 ritiene opportuno :

a) che il legislatore intervenga esplicitamente in materia, anche per attuare le disposizioni della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina e nella prospettiva di una futura normativa biogiuridica di carattere generale relativa alle professioni sanitarie, cui lo stesso CNB potrà fornire il proprio contributo di riflessione;

b) che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione le dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che le attui sia che non le attui, di esplicitare formalmente e adeguatamente in cartella clinica le ragioni della sua decisione;

c) che le dichiarazioni anticipate possano eventualmente indicare i nominativi di uno o più soggetti fiduciari, da coinvolgere obbligatoriamente, da parte dei medici, nei processi decisionali a carico dei pazienti divenuti incapaci di intendere e di volere;

d) che ove le dichiarazioni anticipate contengano informazioni "sensibili" sul piano della privacy, come è ben possibile che avvenga, la legge imponga apposite procedure per la loro conservazione e consultazione.

LETTO E CONDIVISO DAI COMPONENTI DEL COMITATO ETICO I.C.P.:

Firma

Prof. Gian Carlo SECCHI

Presidente C.E.

Prof. Paolo MANTEGAZZA

Farmacologo

(Prof. Secchi, per delega del Presidente)

Dott.ssa Caterina BACCILIERI

Infermiera Professionale

Prof. Pier Alberto BERTAZZI

Epidemiologo e Statistico

Avv. Renato MANTOVANI

Vice Presidente Federazione Nazionale Comitati Etici

Dott.ssa Anna ORRU'

Centro Difesa Diritti del Malato

Dott. Alberto CAZZULANI

Medico Legale

Dott. Carlo Mario LONGHI

Pediatra di Libera Scelta

Dott. Massimo AGOSTI

Pediatra Neonatologo

Dott. Antonio BONALDI

Medico di Direzione Sanitaria

Prof. Mario VIGNALI

Ostetrico Ginecologo

Dott.ssa Stefania RADAELLI

Bioeticista

Dott. Alessandro ZAPPALA'

Farmacista
