

La legge sul fine vita



E' finalmente giunta alla Camera la proposta di legge sul fine vita. Più correttamente indicata come istituzione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).Un testo atteso in pratica da dieci anni,datosi che una prima discussione in Commissioni Affari Sociali è stata nel lontano 2007. Ricordo infatti quando fui invitato in Commissione per una audizione nel marzo di quell'anno.Erano passati pochi mesi dal 20 dicembre 2006, giorno della morte di Piergiorgio Welby.Negli anni successivi abbiamo vissuto la vicenda di Eluana Englaro e abbiamo visto nascere la pessima proposta di legge Calabrò,dal nome del suo primo firmatario, fortunatamente poi decaduta con la fine di quella legislatura. Indubbiamente l'attuale proposta Lenzi –il nome della deputata che ne è prima proponente-è assai diverso dal precedente testo Calabrò che sostanzialmente risultava essere una sorta di atto vendicativo verso la citata vicenda Englaro, tutto orientato a limitare il diritto all'autodeterminazione del paziente. La proposta Lenzi nasce da una difficile mediazione – con il fondamentale contributo dell'infaticabile azione della on.Pia Locatelli del PSI- in Commissione per arginare il tentativo della componente conservatrice-confessionale di riproporre il vecchio schema di limitazione alla libertà del paziente nel rifiutare i trattamenti sanitari ed in particolare la terapia nutrizionale. Nonostante però i buoni propositi della pur variegata maggioranza governativa, il testo Lenzi presenta,a mio avviso,ancora molte criticità. Sinteticamente descriverò le principali.

Già nei primi articoli si indica che il personale sanitario è tenuto alla *difesa della vita*.Ora se è evidente che scopo precipuo del medico è sicuramente garantire la sopravvivenza del suo paziente,è sicuramente ambiguo indicarlo in una legge che riconosce al paziente il diritto di richiedere al

medico anche l'interruzione di trattamenti salvavita che ovviamente comporta la morte del paziente stesso. Così come è stato nel caso Welby.

Quando si parla di pianificazione delle cure si aggiunge che questa deve essere *condivisa* tra medico e paziente. Così formulata, la domanda che sorge spontanea sicuramente è : cosa succederà se viene a mancare questa condivisione fra medico e paziente ? Il problema non è certo secondario perché – sempre rifacendosi alla richiesta di interrompere un trattamento sanitario- laddove il medico non condivide la volontà del paziente si sentirà svincolato dai suoi doveri verso il paziente stesso.

Sempre in tema di vincolatività, nel testo proposto si legge che il medico non è tenuto ad applicare quanto indicato se il sanitario ritiene – a sua assoluta discrezione- che nuove ed innovative terapie per la patologia in atto del paziente sono intervenute successivamente alla stesura delle volontà da parte dello stesso paziente e che pertanto non poteva esserne a conoscenza. Nel paese dei tristemente famosi casi Di Bella e Vannoni questo può diventare un modo per opporre costantemente un rifiuto al paziente.

Non vi è poi alcun riferimento nel testo di legge alla specifica pratica della sedazione palliativa continua profonda, ma solo il riferimento alle cure palliative e alla legge del 2010 di riordino in materia. E' sicuramente un altro limite della proposta, sarebbe stato sufficiente riferirsi alla recente legge sul fine vita francese che nel 2015 ha espressamente introdotto l'argomento indicando tale pratica come un diritto del paziente che la richieda.

Infine è indicato un esplicito divieto per il paziente di richiedere al medico un intervento che vada contro *la legge, la deontologia professionale e le buone pratiche assistenziali*. Che una legge ricordi che non si può violare la legge è quantomeno originale se non unico. Mentre il legislatore che indica come riferimento un codice deontologico, di fatto abdica al suo ruolo. Inoltre il codice deontologico medico – al quale sembra volersi riferire il legislatore- è una babele di indicazioni fra loro talora contraddittorie, difficilmente riferibili ad un testo di legge che per definizione deve contenere indicazioni precise. Cosa dire poi del riferimento alle buone pratiche assistenziali? Nessuno possiede un testo che le raccolga, dandosi che sono soggette alla massima discrezionalità di ogni professionista sanitario. Ad esempio per me sarebbe una buona pratica assistenziale dare compimento al paziente che in determinate condizioni mi chieda i mezzi per suicidarsi, come avviene in Svizzera e in tanti altri paesi occidentali avanzati.

Un testo quindi già con molti aspetti critici ed ambigui sta per essere sottoposto alla ulteriore battaglia parlamentare, in una legislatura dall'incerto destino.

Possiamo solo augurarci che possa arrivare a conclusione il suo iter e ne esca senza ulteriori modifiche al ribasso che ne sconvolgerebbero completamente il senso per trasformarlo in una sorta di responso della Sibilla Cumana dove ognuno potrebbe trovare una propria interpretazione con relativa o meno applicazione della volontà del paziente.

Mario Riccio, medico, Consulta di Bioetica