

# Sulle «Dat» modifiche & dubbi



**E'** terminato l'iter dei lavori sulle «disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento» in commissione Affari sociali della Camera. Imminente, dopo il parere favorevole delle altre commissioni, il passaggio all'aula, previsto tra giugno e luglio dal presidente della commissione Giuseppe Palumbo. Invariati i riferimenti all'inviolabilità della vita, anche nella fase finale e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, come il divieto di eutanasia, suicidio assistito e trattamenti straordinari non proporzionati, oltre alla priorità dell'alleanza terapeutica e del consenso informato.

**S**ignificative modifiche sono state introdotte nell'articolo 3 (contenuti e limiti della Dat, durata di 5 anni). Qui si amplia la platea dei soggetti per cui vale la dichiarazione, che «assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze» ossia una condizione che può anche non coincidere con l'incapacità permanente di intendere e di volere e con lo stato di interdizione legalmente accertato. Il

*Il testo di legge sul fine vita uscito dalla commissione Affari sociali della Camera consolida alcuni punti fermi già fissati dal Senato. Ma introduce alcune novità che aprono problemi di interpretazione*

comma 3 specifica che nella Dat «può anche essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto a ogni o ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale» andando in controtendenza rispetto alla precedente versione che sembrava circoscrivere maggiormente l'oggetto delle Dat, visto che la parola "anche" non era presente.

**M**odifiche di rilievo anche su idratazione e alimentazione «nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente». Esse non possono formare oggetto di Dat e «devono essere mantenute fino al termine della vita, a 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». Un dettaglio che, se per alcuni è una sottolineatura che neppure per le forme di sostegno vitale sia ammissibile un accanimento, altri considerano un pericoloso appiglio per ulteriori "eccezioni" frutto di in-

terpretazioni estensive.

**D**a segnalare le variazioni sul ruolo del medico curante, in particolare quando abbia un conflitto con il fiduciario. L'articolo 7 prevede, contrariamente alla versione approvata in Senato, che il parere espresso dal collegio di medici (nominato dalla direzione sanitaria dell'ospedale) chiamato a valutare la situazione sia «vincolante per il medico curante», il quale però «non è comunque tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico». Una disposizione che ha destato perplessità per la devoluzione a "tecnici" di casi limite e situazioni controverse quali quelle suscettibili di sollevare un conflitto tra medico e fiduciario.

**L'**altro aspetto da considerare è l'autonomia del medico curante, che deve adeguarsi al parere del collegio salvo abbandonare il caso, opzione che la legge sembra contemplare quando nello stesso comma specifica che «il medico curante non è comunque tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico». Il comma si chiude con una disposizione che dovrebbe essere la chiave interpretativa di quanto previsto in tutto il ddl e che riprende l'articolo 1, ossia che «resta comunque sempre valido il principio della inviolabilità e della indisponibilità della vita umana».

