

Il sotto riportato ordine del giorno è stato approvato dal consiglio comunale a maggioranza di voti con il seguente esito:

Consiglieri presenti in aula al momento del voto: 30

Consiglieri votanti: 29

Favorevoli 22: I consiglieri Andreana, Artioli, Campioli, Caporioni, Cornia, Cotrino, Dori, Garagnani, Glorioso, Goldoni, Gorrieri, Guerzoni, Liotti, Pini, Prampolini, Rimini, Rocco, Rossi F., Sala, Trande Urbelli ed il Sindaco Pighi

Contrari 7: I consiglieri Ballestrazzi, Barcaiuolo, Pellacani, Rossi E., Santoro, Torrini, Vecchi

Astenuto 1: Il consigliere Ricci

Risultano assenti al momento del voto i consiglieri Barberini, Bellei, Bonaccini, Celloni, Galli, Leoni, Manfredini, Morandi, Morini, Rossi N., Taddei.

ORDINE DEL GIORNO

Premessa

Lo sviluppo tecnologico e scientifico ha avuto negli ultimi anni una accelerazione tumultuosa innescando, parallelamente, anche non semplici domande di tipo etico-morale sulle scelte, sui limiti e in definitiva sulla idea stessa di vita e di morte. Le innovazioni della scienza e della tecnologia applicate alla medicina e i profondi cambiamenti culturali e sociali, intervenuti nella nostra vita, impongono continue sfide e aggiornamenti alla definizione di vita e di morte. E' un confronto permanente con la propria cultura, con le proprie conoscenze e con le proprie responsabilità (di cittadini, di pazienti o di familiari).

La medicina moderna è in grado, attraverso l'uso di strumenti o dispositivi tecnologici che sostengono le funzioni biologiche (respirazione, funzione cardiaca e nutritivo/digestiva) di generare stati di "vita intermedia" (detta anche "zona grigia tra la vita e la morte") in cui si osserva una obiettiva separazione tra vita biologica e vita cognitiva. E' esperienza comune, nel mondo sanitario, che in questa situazione il limite tra la difesa della salute e l'accanimento terapeutico è tecnicamente ed eticamente difficile da stabilire e comunque questo non può prescindere dalle volontà del paziente (frutto delle esperienze di vita, della cultura, della spiritualità etc) liberamente determinate. In questo contesto sempre più frequentemente pazienti e cittadini pongono il problema del rispetto delle proprie volontà (consenso informato) in ordine ai trattamenti sanitari quando questi non possono, per ragioni cliniche legate a patologie irreversibili, definite tali sulla base delle più aggiornate e disponibili conoscenze medico-scientifiche, esprimere il proprio consenso (disposizioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari).

Il nostro paese è uno dei pochi paesi moderni ed avanzati che ancora non ha una legislazione specifica sui temi del "fine vita" che sia frutto di un accurato e ponderato approfondimento culturale, tecnico-scientifico e politico al fine di evitare che questa sia espressione della emotività generata da "casi mediatici" che, spesso, condizionano negativamente una produzione legislativa in campo sanitario con forti implicazioni di libertà e di etica.

Anche sulla base di queste considerazioni, non meno rilevante appare il rischio di una legislazione "forte e invasiva" che assorba o annulli completamente le volontà del paziente e la interazione medico/paziente ("alleanza terapeutica"). Sebbene molte fattispecie cliniche siano sovrapponibili,

non tutte sono identiche e, sovente, gli elementi di complessità e unicità, legati alla situazione clinica del paziente e alle sue volontà espresse contestualmente od in precedenza, costituirebbero un combinato ad elevato rischio di “conflitto” con una fonte di decisioni terapeutiche tassative e vincolanti provenienti da una legge dello Stato. Questo potenziale conflitto potrebbe vedere financo l'obbligo, per i sanitari, di attuare pratiche che si configurerebbero come “accanimento” (vane e sproporzionate) o addirittura controproducenti (dannose) per i pazienti.

Una legislazione forte ed invasiva (“legge etica”) porterebbe anche un molto probabile “conflitto etico”, tra una legge dello Stato e le diverse concezioni culturali/etiche dei pazienti e dei sanitari che potrebbe sfociare, anche, verso forme di “obiezione di coscienza” di questi ultimi, generate dal contrasto tra le diverse fonti (compresi i codici deontologici delle maggiori professioni sanitarie coinvolte nella gestione del “fine vita”).

Preso atto che:

1. nel nostro paese non esiste ancora una legge che disciplini, in maniera coerente con i principi della Costituzione Repubblicana, la materia del “fine vita”;
2. il Senato della Repubblica ha licenziato il testo di legge (ddl 2350 del 26 marzo 2009) “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazione anticipate di trattamento” detta anche “Legge Calabrò”;
3. il testo di legge, di cui al punto 2, è fermo in Commissione Affari Sociali alla Camera e appare essere fonte di notevoli contrasti tra maggioranza e minoranza e all'interno della stessa maggioranza¹;
4. detta legge introduce il “Registro delle DAT” presso il Medico di Medicina Generale (art.4) e la figura del fiduciario delle volontà del paziente sui trattamenti sanitari (art.6) quando questi non è in grado di esprimere il proprio consenso informato.

Ricordati:

- **l'articolo 32 della Costituzione Italiana²** dice “può essere obbligato ad un determinato trattamento se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”;
- **l'articolo 13 della Costituzione Italiana²** dice “libertà personale è inviolabile”;
- **la Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina³** (Convenzione di Oviedo del Consiglio d'Europa del 1997) ed in particolare l'articolo 9 che recita: “desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione”;
- **il Codice Deontologico dei Medici** (approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri il 16 dicembre 2006) ed in particolare gli articoli (Doveri generali del medico)
 - √ 3, “Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona.....”
 - √ 4, “Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura”
 - √ 16 (divieto di accanimento), “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”
 - √ 17, (divieto di eutanasia) “Imedico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte”

- √ 35, “Il medico non deve intraprendere attività terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito ed informato del paziente (...). In ogni caso, in presenza di un documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere da conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”
- √ 38, “Il medico deve attenersi, nell’ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione,(...) alla volontà liberamente espressa dalla persona di curarsi (...). Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato”
- **Il Codice Deontologico degli Infermieri** (approvato dalla Federazione Nazionale Collegio IPASVI il 17/1/2009) ed in particolare gli articoli
 - √ 3, “La responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”
 - √ 36, “L’infermiere tutela la volontà dell’assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita”
 - √ 37, “L’infermiere, quando l’assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato”
 - √ 38, “L’infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall’assistito”.

Verificata

la legislazione di molti paesi occidentali che, in tema di dichiarazioni anticipate sui trattamenti sanitari, prevede forme di registrazione delle disposizione anticipate della volontà dei pazienti a presidio delle pratiche sanitarie a rischio di accanimento terapeutico (Danimarca, USA, UK, Francia, Israele, Germania, Spagna e alcuni Stati di Canada e Australia).

Ribadita

- la propria contrarietà ad ogni forma di accanimento terapeutico a finalistico inteso come proseguimento di trattamenti sanitari sproporzionati quando non vi è nessuna possibilità, sulla base delle più aggiornate conoscenze medico-scientifiche, di ripristinare una condizione di vita/salute del paziente (la “futile therapy” degli anglosassoni);
- la propria contrarietà alla eutanasia intesa come morte procurata da intervento attivo;
- la intangibilità delle volontà dei pazienti di avvalersi dei trattamenti sanitari disponibili, nel senso della loro idea di vita anche se solo “biologica”, nel contesto dinamico della alleanza terapeutica, rispetto a considerazioni di tipo economicistico (costi);
- la garanzia alla persona del diritto alla salute ai sensi degli art. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione²;
- la preminenza dell'essere umano, nella sua dignità, nella sua identità, e la garanzia ad ogni persona, senza discriminazione, del rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e delle libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, così come indicato dall'art.1 della Convenzione di Oviedo³
- la consapevolezza che è compito del Parlamento varare una legge nazionale che disciplini i temi del “fine vita” come nella totalità dei paesi occidentali⁴;
- la convinzione, diffusa nel diritto, che in assenza di una disciplina generale dello Stato lo strumento dei “Registri”, presenta un profilo giuridico “debole”, non ha quindi carattere di mandatorietà mentre sicuramente garantisce efficacia rispetto alla autenticità delle disposizioni;

- la consapevolezza che i Registri non impongono in nessun modo un modello unidirezionale di volontà ma si limitano a registrare le volontà del paziente che possono indirizzarsi nel senso del divieto o della prosecuzione delle terapie che, nel nostro Sistema Sanitario Pubblico Nazionale e Regionale, verrebbero garantite;
- la necessità nel nostro paese di avere una legislazione attiva e specifica sui temi delle cure palliative e delle terapie per il dolore nella direzione:
 - della tutela del diritto della persona all'accesso alle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza;
 - della tutela della dignità e della autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
 - della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale;
 - di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale (nei pazienti in assistenza domiciliare) della persona malata e della famiglia.

Tenuto conto che

- sulla base dell'articolo 13 della del D.lgs 18 agosto 2000, n.267, assunti adeguati e autorevoli pareri interpretativi, non sembra ci siano impedimenti di competenza per la istituzione del Registro per le Dichiarazioni Anticipate di Volontà sui Trattamenti Sanitari presso l'Ente Comunale in quanto configurabile come servizio alla persona;
- il trattamento dei dati, secondo il d.lgs 30 giugno 2003⁵ diverse espressioni recenti della Autorità di Garanzia sulla Privacy, mettono al riparo da problemi legati alla riservatezza dei dati

IL CONSIGLIO COMUNALE DI MODENA

1. **Esprime** propria contrarietà alla attuale formulazione del ddl n.2350 (detta Legge Calabrò) che appare contraddittorio, difficilmente applicabile e, secondo molti costituzionalisti, in aperto contrasto con gli articoli 13 e 32 della Costituzione Italiana, con la Convenzione di Oviedo e con i codici deontologici dei medici e degli infermieri;
2. **Auspica** che tale legge, come chiesto autorevolmente dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici nel marzo 2009⁶, sulla scorta della totalità delle indicazioni che giungono da tutte le Società Scientifiche del mondo, eviti contrapposizioni scientifiche sulla definizione di trattamenti sanitari e sia modificata nella direzione del <<diritto mite>>;
3. **Chiede** che la legge Calabrò, in discussione alla Camera
 - ☞ rispettosa, in primo luogo, delle volontà del paziente o del suo fiduciario, formate in contesto di informazione e libertà, espresse anticipatamente nei casi di malattie che impediscano la espressione diretta e contestuale del consenso ai trattamenti sanitari;
 - ☞ riservi, in secondo luogo, alle altre componenti (sanitari e famiglia) uno spazio, subordinato, di “modulazione e attualizzazione” dinamica delle disposizioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari;
 - ☞ eviti “conflitti etici” tra la legge stessa e i convincimenti culturali ed etici dei pazienti (oltreché dei sanitari che rischiano di generare forme evidenti o subdole di “obiezione di coscienza”);
 - ☞ in assenza delle significative modificazioni nel senso indicato nei punti a), b) e c), non venga approvata dalla Camera lasciando che siano le attuali regolamentazioni legali, giurisprudenziali e deontologiche a dare il giusto valore, prevalente, all'elemento imprescindibile della volontà del paziente nel contesto clinico reale della “alleanza terapeutica”.

4. **Incoraggia** la Camera dei Deputati ad approvare rapidamente il Disegno di Legge n. 1771 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore”, già approvato al Senato il 16 settembre 2009, al fine di disporre di una legislazione specifica e di adeguati finanziamenti sulla palliazione e la terapia del dolore.
5. **Dichiara** il proprio favore per la istituzione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà in relazione ai trattamenti sanitari.

¹ Lettera al Presidente del Consiglio di 20 deputati del PdL, Foglio 23 settembre 2009

² <http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html>

³ Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997 dagli Stati membri del Consiglio d'Europa e ratificata dal Governo Italiano ai sensi della legge 145 del 28 marzo 2001.

⁴ MicroMega, 1/2007 su
<http://temi.repubblica.it/micromega-online/come-si-muore-all%e2%80%99estero/?h=1>

⁵ Autorizzazioni su dati sensibili: 2 e 5/2008 del 19 giugno 2008 e art.22 del D,Lgs 196 del 2003

⁶ Consiglio direttivo FNOMCEO del marzo 2009 e Dr Amedeo Bianco intervista a “Il Bisturi” del 25/5/2009