







Testamento biologico ed interventi di fine vita

scienza e diritto a confronto

- problematiche giuridiche e mediche del disegno legge n. 2801 "norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
- l'obiezione di coscienza del medico e aspetti deontologici per il giurista

Martedì 19 settembre 2017 ore 15.00

Testamento biologico: è un diritto disporre della propria sorte?

Tesi giuridiche fondate sulla Costituzione, sulle Fonti Sovranazionali, sulla Giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e sulla Giurisprudenza Italiana di Legittimità.

Deontologia: l'eventuale condizionamento ideologico, culturale, morale e di coscienza dell'avvocato nell'accettazione del mandato.

A cura dell'avvocato Giulia Facchini di Torino



AIGIF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Lamera Nazionale Avvocati per la ramiglia e i Minorenn

INDICE DEGLI ARGOMENTI

- Qualche riflessione filosofica introduttiva sulla buona morte
- La voce del Papa e di alcuni autorevoli esponenti della Cristianità
- Che cosa è il testamento biologico, fondamenti, terminologia dichiarazioni e direttive anticipate di trattamento differenze con l'eutanasia
- Direttive anticipate di trattamento e consenso informato: fondamenti normativi del consenso informato:
- Costituzione artt. 2,13 e 32
- Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea (Carta di Nizza)
 - Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina (L. 28 marzo 2001, n. 145)
 - Il codice deontologico medico del 2014 artt- 35 e 38
- Il consenso informato nella giurisprudenza: la sentenza Englaro Cassazione <u>21748/2007</u>



INDICE DEGLI ARGOMENTI

- Le indicazioni della Cassazione sul dualismo medico paziente in caso di incapacità del paziente, l'amministratore di sostegno
- Senza la legge sul fine vita si possono comunque dare validamente le disposizioni anticipate di trattamento?
- L'articolo 408 c.c.. Designazione preventiva di amministratore di sostegno con dichiarazioni anticipate di trattamento
- Uno sguardo di diritto comparato: le disposizioni anticipate di trattamento nelle altre legislazioni europee.
- I progetti di legge della XVII legislatura e il progetto di legge approvato dalla Camera il 20 aprile 2017
- · La legge che mi piacerebbe
- Questioni deontologiche:
- il codice deontologico medico del 2014
- Il codice deontologico forense del 2014

3



MODI DI MORIRE

(Bollati Boringhieri 2008)

"Come medico di famiglia sono cosciente di deludere molti dei miei pazienti, soprattutto chi sta morendo. Perché solo pochissimi dei nostri pazienti muoiono di una morte che si potrebbe riconoscere e descrivere come una buona morte?

Che cosa è effettivamente una buona morte?

Che tipo di morte vorremmo per noi e per i nostri cari?"



MODI DI MORIRE

"Parlando con amici e colleghi, scopro che sono in molti a poter raccontare il loro coinvolgimento in una morte davvero speciale, in cui il morente era riuscito a controllare e orchestrare il processo e a morire con una dignità e una serenità che avevano dato a chi gli stava accanto, incluso il medico, la sensazione che prendervi parte fosse un privilegio e una misteriosa forma di arricchimento".



"Ciò che colpisce tuttavia è quanto siano rare queste morti. Sono assai più frequenti i casi in cui la morte è un occasione mancata e senza dignità, contrassegnata da una paura o da una sofferenza schiaccianti o da entrambe, che lascia chi resta, compreso il medico, con una sensazione di rabbia, colpa e pena.



Quindi se la morte è inevitabile
quello che fa la differenza
è come moriamo ...
vediamo brevissimamente il pensiero della
Chiesa e di alcuni illustri esponenti della
cristianità sul fine vita e l'accanimento
terapeutico



CREDERE E CONOSCERE

(Carlo Maria Martini e Ignazio Marino - Giulio Einaudi Editore 2012)

Giovanni Paolo II Evangelium Vitae 25.03.1995 riteneva lecito: "Rinunciare a interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia, aggiungendo che:

«La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte".



(Carlo Maria Martini e Ignazio Marino - Giulio Einaudi Editore 2012)

Card. Martini: "la crescente capacità terapeutica della medicina consente di protrarre la vita pure in condizioni un tempo impensabili.

Senz'altro il progresso medico è assai positivo. Ma nello stesso tempo le nuove tecnologie che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano richiedono un supplemento di saggezza per non prolungare i trattamenti quando ormai non giovano più alla persona".



(Carlo Maria Martini e Ignazio Marino - Giulio Einaudi Editore 2012) Circa le scelte da compiere: "occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti.

In particolare non può essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete, <u>anche dal punto di vista giuridico</u>, salvo eccezioni ben definite, di valutare se le cure che gli vengono proposte sono effettivamente proporzionate".



(Carlo Maria Martini e Ignazio Marino - Giulio Einaudi Editore 2012)

"Non bisogna però lasciare il malato in condizioni di isolamento nelle sue valutazioni e nelle sue decisioni, anzi è responsabilità di tutti accompagnare chi soffre, soprattutto quando il momento della morte si avvicina.

Risulterebbe così più chiaro che l'assistenza deve continuare, commisurandosi alle effettive esigenze della persona, assicurando per esempio la sedazione del dolore e le cure infermieristiche" (cure palliative).



(Carlo Maria Martini e Ignazio Marino - Giulio Einaudi Editore 2012) "In alcuni casi la sofferenza può essere davvero insopportabile. Qui è necessaria la terapia del dolore e molta comprensione per chi, entrato in una esistenza estrema se ne voglia liberare".

... "In ogni caso è importantissimo lo stare vicino ai malati gravi, soprattutto nello stadio terminale e far sentire loro che gli si vuole bene e che la loro esistenza ha comunque un grande valore ed è aperta ad una grande speranza".



LA BUONA MORTE PER IL TEOLOGO HANS KUNG

- «L'ideale sarebbe sapere quando la morte sta per arrivare, e capire cosa aspettarsi. Mantenere il controllo sugli eventi, vedersi riconoscere la dignità e la privacy.
- Ricevere un trattamento adeguato contro il dolore e gli altri sintomi.
- Avere la possibilità di scegliere dove morire a casa o altrove-.
- Ricevere tutte le informazioni necessarie. Avere tutto il sostegno spirituale e emotivo possibile....»



LA BUONA MORTE PER IL TEOLOGO HANS KUNG

«Poter contare su una assistenza tipo hospice ovunque e non solo in ospedale.

Poter decidere chi sarà presente al momento della dipartita.

Poter stabilire in anticipo quali desideri dovranno essere rispettati.

Avere tempo per il commiato.

Poter andare quando arriva il momento, senza doversi sottoporre ad un inutile prolungamento della vita».



CON QUESTE PREMESSE PARLIAMO QUINDI DEL TESTAMENTO BIOLOGICO



CHE COSA E' IL TESTAMENTO BIOLOGICO?

Il testamento biologico è lo strumento, ed anche il documento, per mezzo del quale una persona, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, esprime la sua volontà, e incarica un terzo di eseguire tale volontà, in ordine ai trattamenti sanitari ai quali vorrebbe o non vorrebbe essere sottoposta, nell'eventualità in cui, per effetto del decorso di una malattia o di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso rispetto a quei trattamenti.



sono quindi i contenuti essenziali del testamento biologico:

- A) una manifestazione di volontà in ordine ai trattamenti sanitari da ricevere o da rifiutare in particolari condizioni di malattia
- B) e una delega ad un terzo soggetto, c.d. fiduciario, al quale si attribuisce l'incarico di prendere le decisioni terapeutiche in propria vece qualora il soggetto non sia più in grado di farlo autonomamente.

Testamento biologico rappresenta una traduzione libera del termine inglese "living will" con cui l'istituto è definito nei paesi anglosassoni;



TERMINOLOGIA

TESTAMENTO BIOLOGICO
O DAT
DISPOSIZIONI/DICHIARAZIONI/
DIRETTIVE

ANTICIPATE DI TRATTAMENTO?

18



Terminologia

L'espressione Testamento biologico non è in realtà la più adatta, sotto il profilo giuridico, a rappresentare l'istituto, preferendosi altre definizioni più tecniche quali "dichiarazioni anticipate di trattamento" o "direttive anticipate di trattamento".

Meglio direttive anticipate di trattamento perché questa dicitura esprime meglio la inderogabilità della volontà del paziente.



Con il testamento biologico la persona compie una scelta, proiettata nel futuro, e fondata sul diritto di ricevere o rifiutare determinati trattamenti sanitari, anche qualora questi trattamenti si rivelassero indispensabili per la sopravvivenza.

Con l'eutanasia invece, senza qui entrare nel merito delle ulteriori distinzioni tra eutanasia attiva, eutanasia passiva, ecc, si richiede ad un soggetto, normalmente un medico, la somministrazione o la prescrizione di una sostanza letale che, se somministrata, al richiedente ne provoca la morte e che quindi non può essere in alcun modo paragonata ad un trattamento sanitario

Cammino AGE Avvocato Giulia Facchi Studio Legale Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

Con il testamento biologico ed eutanasia Con il testamento biologico il soggetto chiede solo, qualora si troverà in una situazione di incapacità a manifestare il proprio consenso, di non essere sottoposto a trattamenti medici che egli non accetta o considera lesivi della propria dignità sulla base delle sue personali convinzioni etiche, per cui la sospensione di questi trattamenti lascia spazio al decorso della malattia e al sopraggiungere della morte come evento naturale.

Cammino Cammino Avvocato Giulla Facchini Studio Legale Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni Differenza del controlo del controlo

Differenza tra testamento biologico ed eutanasia

Diversamente con l'eutanasia la morte non è conseguenza della malattia o dello stato della malattia ma è diretta conseguenza dell'intervento esterno del medico che somministra il farmaco letale, quindi la diversità tra le due situazioni è di tutta evidenza.



• DA DOVE NASCE IL PROBLEMA?



DA DOVE NASCE IL PROBLEMA?

Grazie ai progressi scientifici la potenza della tecnica è riuscita a creare uno spazio nuovo, tra la vita e la morte, una specie di limbo, uno spazio di vita artificiale all'interno del quale sono state messe in crisi tutte le concezioni e le convinzioni umane sul significato della vita e della morte, coinvolgendo problemi morali, filosofici, giuridici e religiosi. E' in questa terra di nessuno, tra la vita e la morte, che sorge la necessità di regolamentare l'azione umana attraverso l'elaborazione di principi giuridici e norme di legge che, nel rispetto delle personali convinzioni etiche individuali, si pongano però in un'ottica di libertà e di universalità, in quanto la legge si rivolge a tutti i cittadini e non solo ad una parte di essi che incarna una determinata visione del mondo.



DA DOVE NASCE IL PROBLEMA E AUSPICI

• E' quindi auspicabile un "diritto mite", per usare una nota definizione di un grande giurista, un diritto che non pretenda di imporre a tutti una concezione della vita, del dolore o della morte, ma rispetti l'identità e la libertà di ciascuno offrendo gli strumenti perché possano esprimersi.

25



Per comprendere meglio la questione non possiamo dimenticare che

IL TEMA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SI INTERSECA, NECESSARIAMENTE,

CON IL TEMA DEL CONSENSO INFORMATO

Di cui dobbiamo quindi esaminare i fondamenti normativi

26



Costituzione ART. 2

 "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'Uomo".

Il consenso informato si configura, infatti, come espressione della consapevole adesione del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico **e come vero e proprio diritto della persona**

27



Costituzione ART. 13 e 32

- 13. «La <u>libertà personale</u> è inviolabile
- 32. «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»

La necessità del consenso del paziente si ricava, in generale, dall'art. 13 Cost., il quale, come è noto, afferma l'inviolabilità della libertà personale – nel cui ambito si ritiene compresa la libertà di salvaguardare la propria salute e la propria integrità fisica –, escludendone ogni restrizione, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e con le modalità previsti dalla legge, mentre l'articolo 32 fa divieto di trattamenti sanitari obbligatori se non per legge.



AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (carta di Nizza)

Titolo I. Dignità, art. 3. Diritto all'integrità personale da cui emerge come il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non debba più essere visto soltanto come un requisito di liceità del trattamento, ma vada considerato prima di tutto alla stregua di un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino europeo, afferente al più generale diritto all'integrità della persona

CamMiNo

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

amera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina (L. 28 marzo 2001, n. 145)

La convenzione prevede che: "Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina"



- 1. "Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.
- 2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone, il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro, il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani".

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

Convenzione di Oviedo Articolo 5

"Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso".

32



Convenzione di Oviedo Articolo 9

• "I 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".

33



Le fonti del diritto mostrano quindi in modo è evidente che:

 il diritto di accettare o rifiutare i trattamenti sanitari è una estrinsecazione della tutela della libertà e dignità umana.



PRIMA E DOPO LA CITATA NORMATIVA

PRIMA

La giurisprudenza più risalente, sull'assunto che "il medico aveva seco la presunzione di capacità nascente laurea", lo riteneva l'unico dominus della strategia terapeutica e il paziente, pertanto, veniva concepito come semplice destinatario di scelte di stretta competenza del sanitario, anche quando riguardavano la qualità della sua vita.





Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

I POTERI/DOVERI DEL MEDICO PRIMA E DOPO LA CITATA NORMATIVA



ORA

Oggi invece il requisito del consenso libero e consapevole del paziente, è il presupposto di dell'operato **legittimità** medico, altrimenti illecito, e costituisce l'aspetto úia dell'evoluzione importante normativa, giurisprudenziale e dottrinale degli ultimi anni, in tema di responsabilità medica.

E INFATTI.....





- ((L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile)).
- «Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato».
- «Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psicofisica».
- «Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.»



art. 38

- «Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale».
- «La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali».



- «Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria».
- «Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili».



LA GIURISPRUDENZA DELLA CASSAZIONE SUL CASO ENGLARO

41

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni Comero l'emiglia e i Minorenni ASO ENGLARO (Cassazione 21748/2007)

"Il consenso informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario. Senza il consenso informato l' intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente, la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di rispetto per la libertà dell' individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi"



LA SENTENZA ENGLARO

«Il consenso afferisce: alla <u>libertà morale del</u> soggetto, alla sua <u>autodeterminazione</u>, nonché alla sua <u>libertà fisica</u> intesa come <u>diritto al rispetto</u> della propria integrità corporea, le quali sono tutti profili della libertà personale, proclamata inviolabile dall' art. 3 della Costituzione»



LA SENTENZA ENGLARO

«..non è attribuibile al medico un generale "diritto di curare" a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell ammalato che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe ad libitum intervenire con il solo limite della propria coscienza».



LA SENTENZA ENGLARO:DIRITTO AL'AUTODETERMINAZIONE ANCHE IN CASO DI RISCHIO MORTE

- √ «Consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia, di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale

 "
- √ "Deve <u>escludersi</u> che il diritto all autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene vita "



... MA SE MANCA IL CONSENSO
ALLE CURE O AI
TRATTAMENTI MEDICI?



"Il collegio ritiene che la salute delli'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo coattiva ... di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c' è spazio -nel quadro di una alleanza terapeutica che tiene uniti il malato e il medico nella ricerca -insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno- per una strategia della persuasione - il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto e la massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza e c'è, prima ancora il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato autentico ed attuale.



A PROPOSITO DELLA DISTINZIONE DALLA IPOTESI DI EUTANASIA LA CASSAZIONE AGGIUNGE:

"....il rifiuto delle terapie medico chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un' ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprime piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale».



•IL PROBLEMA PRINCIPALE RESTA

CHI PRESTA IL CONSENSO
INFORMATO QUANDO IL
SOGGETTO E' INCAPACE?



• La risposta è: il «rappresentante».

Dice la citata Cass che la disposizione centrale è l' art. 357 c.c., in connessione con l' articolo 424 c.c. che «prevede che il tutore ha la cura della persona dell' interdetto così investendo il tutore della legittima posizione di soggetto interlocutore dei medici nel decidere sui trattamenti sanitari da praticare in favore dell' incapace».



Ma, aggiunge la Cassazione: "poteri di cura del disabile spettano altresì alla persona che sia stata nominata amministratore di sostegno, dovendo il decreto di nomina contenere l' indicazione degli atti che questi è legittimato a compire a tutela degli interessi anche di natura personale del beneficiario"



• ricordando che "... le prime applicazioni dei giudici di merito con riguardo all'istituto dell'amministrazione di sostegno, talora utilizzato, in campo medico sanitario, per assecondare l'esercizio dell'autonomia e consentire la manifestazione di una volontà autentica là dove lo stato di decadimento cognitivo impedisca di esprimere un consenso realmente consapevole".



E' quindi pacifico che l' amministratore di sostegno possa esprimere per conto dell' amministrato quel consenso informato secondo le indicazioni che il beneficiario ha lasciato, e quindi tra poco parleremo della

DESIGNAZIONE PREVENTIVA DI AMINSITRATORE DI SOSTEGNO E LE ISTRUZIONI DI FINE VITA

oppure



SOSTEGNO DESIGNATO?
Dice la Cassazione che l'amministratore di sostegno: "...
deve agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e nella
ricerca del "best interest", deve decidere non "al
posto" dell'incapace, né "per l'incapace ma "con"
l'incapace.

Quindi ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche"



LA SENTENZA ENGLARO HA ACCETTATO DI NON FARE PROSEGUIRE A ELUANA NUTRIZIONE ED IDRATAZIONE PERCHE ...

Il suo rappresentante Tutore, ovvero il padre, Beppino Englaro, ha dimostrato che la figlia, se avesse potuto esprimere il suo consenso informato, non avrebbe mai accettato di vivere in quella condizione vegetativa

Vedi anche *«Vivere e morire con dignità»* Edizione Nuova dimensione -novembre 2016-



Alla luce della legislazione nazionale e sovranazionale, della giurisprudenza della cassazione, del codice deontologico medico

C'E BISOGNO DI UNA LEGGE SUL FINE VITA?









LA RISPOSTA E' SI
ATTRAVERSO UNO STRUMENTO
«PRIVATISTICO» CHE PERMETTE DI
RAGGIUNGERE LO STESSO SCOPO
DELLA LEGGE SUL TESTAMENTO
BIOLOGICO



LA LEGGE SULLA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO E L'ARTICOLO 408 CODICE CIVILE



Art. 408 c.c. L' amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della sua futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata".

Perché la legge prevede che un soggetto permetta ad un altro soggetto, quando è ancora perfettamente integro, di nominare un terzo che in caso di sua futura incapacità possa rappresentarlo?



Il filo conduttore è la tutela della persona umana, prima ancora del suo patrimonio, ed infatti:

Art. 408 c.c.: "La nomina di amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona beneficiaria"

E la finalità della legge è:

tutelare "con la minore limitazione possibile della capacità di agire" le persone prive in tutto o in parte della propria autonomia.



Zancan)«Nella scelta dell' amministratore la scelta privilegiata è quella dell' interessato.

Dovrà entrare nel costume, per esempio che una persona di trenta anni, nel pieno della sua vita, nel pieno delle sue capacità, senza alcuna menomazione nomini il suo amministratore di sostegno, scegliendo la moglie piuttosto che uno dei figli piuttosto che un amico piuttosto che un'altra persona che ritiene degna ... la nomina è una sorta di precauzione di vita, parificabile al testamento ..."



Chi meglio di ciascuno di noi sa cosa crede o non crede, cosa vuole o non vuole, cosa gli piace e cosa no, chi sono le persone (parenti o amici) di cui può fidarsi e di chi meno?



Che cosa è, giuridicamente, la scrittura privata di designazione preventiva dell'amministratore di sostegno?

- Non è un contratto di mandato (o procura in termini non giuridici).
 Il mandato disciplinato dall' articolo 1703 "è il contratto con il quale una parte si obbliga a compiere uno o più atti giuridici per conto dell' altra"
- Il mandato è atto bilaterale e dunque prevede l'accettazione del mandatario e si estingue per incapacità sopravvenuta del mandante (art. 1728) verrebbe meno proprio nel momento in cui l'amministratore di sostegno dovrebbe entrare in funzione MA FORSE SU QUESTO PUNTO NON SIAMO QUI TUTTI D'ACCORDO......



dell'amministratore di sostegno?

- L' art. 408 c.c. dice che la nomina di amministratore di sostegno "in previsione della propria eventuale futura incapacità" si fa: "mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata"
- Gli <u>atti pubblici</u> possono essere redatti dal notaio, dai giudici, dagli ufficiali dello stato civile, dagli ufficiali giudiziari, dai cancellieri, dai segretari comunali.

Questi soggetti possono provvedervi "limitatamente alle funzioni del proprio ufficio" (Cass. 125/1999). Idem per autentica scrittura privata.



LA SCRITURA PRIVATA DI DESIGNAZIONE PREVENTIVA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO CON -ANCHE- LE ISTRUZIONI DI FINE VITA

come l'ho strutturata per me e per clienti ed amici





«Dichiaro inoltre di voler esercitare, finché pienamente capace e cosciente delle mie scelte, il diritto di decidere le cure mediche che potrebbero rendersi necessarie in un momento in cui io non sia in grado di esprimere un valido consenso informato.



ESEMPIO DI CURE SU CUI NON SI PRESTA IL CONSENSO

Tutto ciò premesso in caso di una mia eventuale incapacità (derivante sia da malattia che da infortunio) esprimo le seguenti disposizioni, che raccomando siano rispettate n caso di:

- malattia allo stato terminale (ovvero malattia la cui prognosi allo stato attuale delle conoscenze mediche non superi i sei mesi);
- malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e gravemente invalidante:
- malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione;



DISPOSIZIONI DI FINE VITA: ESEMPIO DI CURE E TRATTAMENTI SU CUI NON SI PRESTA IL CONSENSO

Chiedo e dispongo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico, atto a prolungare la durata della vita e in particolare chiedo di non essere sottoposto a:

- rianimazione cardio-polmonare, dialisi, trasfusione di sangue, terapia antibiotica, ventilazione, idratazione e alimentazione forzata e artificiale, impianto di stimolatori.
- Nego inoltre formalmente l'assenso all'impianto di un catetere venoso.



CURE E TRATTAMENTI SU CUI NON SI PRESTA IL CONSENSO

Chiedo inoltre formalmente che, nel caso fossi affetto da una delle situazioni sopra indicate, sia intrapreso qualsiasi provvedimento atto ad alleviare le mie sofferenze anche se questo comportasse un accorciamento della durata della vita o richiedesse l'utilizzo e l'impianto di dispositivi (ad esempio l'impianto di un elastomero o di un catetere subdurale) Chiedo di essere sottoposto a tutti i trattamenti previsti dalla legge 38 in tema di cure palliative..

Cammino Cammino Camma Nazionale Avvocati per la Fam Camera Nazionale Avvocati per la Fam	AGE Avvocato Giulia Facchini Studio Legale niglia e i Minorenni
AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSO	CRIZIONE
Repertorio n Raccolta n	
Certifico io sottoscritto DOTT, Noi iscritto al Ruolo del Distretto Notarile di TIZIO, nato a il, residente i della cui identità personale io No sottoscritto, in mia presenza, la scrittura che precenel mio studio in via, oggi	taio sono certo, ha ede, in, alle ore,



LO SO E' DURA FARE QUESTE SCELTE MA RICORDIAMOCI CHE

LIBERTA' E DIGNITA'

_

(AUTO) RESPONSABILITA'





La maggior parte dei paesi europei e di quelli di common law possiede già una legislazione in materia di fine vita, ne sono privi solo pochi paesi quali <u>Grecia, Norvegia e Portogallo</u>, anche se il riconoscimento dell'istituto da parte degli Stati non è trattato in maniera uniforme



La maggior parte degli Stati che hanno legiferato in materia riconoscono:

efficacia vincolante alle direttive anticipate emanate dal paziente

(Spagna, Danimarca, Austria, Regno Unito, Germania, Paesi Bassi, Belgio)

anche se con sfumature diverse tra i vari ordinamenti in ordine ai limiti delle direttive e alle modalità di attuazione e di controllo delle stesse



Quanto al contenuto delle direttive anticipate

tutte le legislazioni

si limitano a consentire il rifiuto di determinate cure o trattamenti sanitari, anche se da essi possa discendere pericolo per la vita umana o addirittura la morte



Belgio, Svizzera e Paesi Bassi:

- ammessa l'eutanasia attiva e suicidio assistito
- esclusione da responsabilità penale per il medico che, verificata la libera volontà del soggetto, comunque soggetta ad una serie di cautele e garanzie opportunamente regolamentate, causi la morte del soggetto mediante un intervento medicale diretto.



Legge n° 2016-87 du 2 février 2016 nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

La legge che modifica il codice di salute pubblica inquadra e definisce un nuovo diritto che è quello alla "sedazione profonda e continua provocando un'alterazione della coscienza fino al decesso"

Alla somministrazione di medicine psicotrope si aggiungerebbe poi la sospensione di tutte le pratiche volte al mantenimento in vita come

Questo trattamento si applicherebbe solamente ai casi considerati incurabili, sotto esplicita richiesta del malato. È importante sottolineare che in questa nuova proposta non viene mai citato il termine "eutanasia" o "suicidio assistito.

l'idratazione o la nutrizione artificiale.



- FRANCIA.-Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.
- Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.
- A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.
- Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé.
- Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

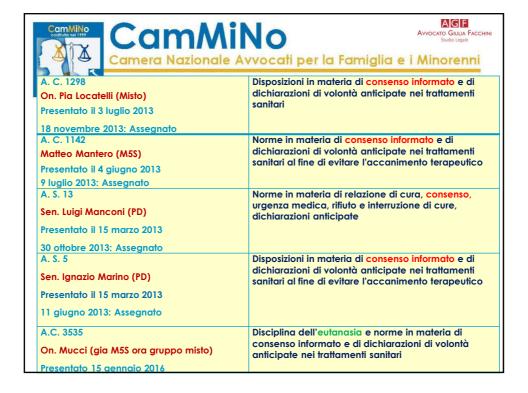




I PROGETTI DI LEGGE DELLA XVII LEGISLATURA

(INIZIATA IL 15 MARZO 2013)

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni	
A. C. 3391 On. Anna Maria Carloni (PD) Presentato il 29 ottobre 2015 12 gennaio 2016: Assegnato	Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari
A. C. 3336 On. Eleonora Bechis (Misto, Alternativa liber a) Presentato il 30 settembre 2015	Disposizioni in materia di eutanasia e rifiuto dei trattamenti sanitari
A. C. 2264 On. Marisa Nicchi (Sel) Presentato il 2 aprile 2014 23 giugno 2014: Assegnato	Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari
A. S. 1396 Sen. Francesco Palermo (Aut) Presentato il 19 marzo 2014 4 giugno 2014: Assegnato	Rifiuto di trattamenti sanitari e licettà dell'eutanasia





TEMI E PROBLEMI EVIDENZIATI DAI PROGETTI DI LEGGE

- ✓ **CONSENSO INFORMATO**: Evidentemente nella prassi medica il vero consenso informato non è affatto praticato; è anche vero però che molti progetti sono anteriori al codice deontologico medico del 2014 o comunque non ne tengono
- ✓ MODALITA DELLA DICHIARAZIONE: ufficiale, e con sottoscrizione autenticata, autografa orale, con testimoni etc
- ✓ AMPIEZZA DELLA DAT: si può spingere sino a chiedere l'eutanasia attiva o passiva? Si può rifiutare alimentazione e idratazione?
- ✓ CONSERVAZIONE DELLA DAT: nel cassetto del paziente, nella cartella clinica, in un registro nazionale etc...
- ✓ DURATA DELLA DAT: la volontà espressa oggi sino a quando è considerate validamente espressa?
- ✓ EFFICACIA DELLA DAT: il medico può non considerare la volontà del paziente? Se si in quali casi e con quali responsabilità



TEMI E PROBLEMI EVIDENZIATI DAI PROGETTI DI LEGGE

- LA NOMINA DEL FIDUCIARIO (nessun progetto di legge si preoccupa del rapporto tra il fiduciario e l'amministratore di sostegno o il tutore)
- LE CONTROVERSIE TRA IL PAZIENTE E/O IL FIDUCIARIO E IL MEDICO SUI TRATTAMENTI DA PRATICARE O DA NON PRATICARE le soluzioni proposte sono le più varie dal comitato etico della struttura di cura al ricorso al Giudice tutelare con o senza preventive segnalazione al P.M.
- LA REGOLAMENTAZIONE DELL'EMERGENZA quando il paziente è in fase acuta e non in grado di esprimere il proprio consenso informato cosa fa il medico?
- LA RESPONSABILITA MEDICA soprattutto in caso di eutanasia



APORIE EVIDENZIATE DAI PROGETTI DI LEGGE

- DIFFICOLTA DI DIALOGO MEDICI /GIURISTI I vari progetti sembrano scritti o dagli uni o dagli altri senza che si sia arrivati ad una sintesi soddisfacente tra i saperi e le ottiche.
- CONTENUTO DELLA DAT più si norma e più si rischia di non coprire tutte le possibili evenienze
- ❖ RAPPORTI FAMILIARI in vari progetti si invocano condivisioni di decisioni con familiari di vario tipo, senza tenere conto che a volte le famiglie sono un groviglio di conflitti e/o sovrapposizioni, con relative invidie e rancori tra famiglie legittime successive nel tempo o che derivino da convivenza (che oggi hanno un rilievo giuridico pregnante) o che altrettanto spesso, al contrario, le persone sono completamente sole o in balia di personale prezzolato e lontani parenti per nulla disinteressati.
- **❖** MANCATO COORDINAMENTO CON LE NUOVE NORME DELLA LEGGE 76 DEL 2016

• • • • • • •

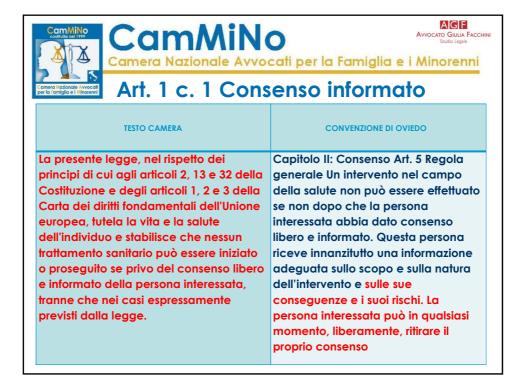


IL PROGETTO DI LEGGE APPROVATO DALLA CAMERA IL 20 APRILE 2017



- I voti favorevoli sono stati 326, contrari 37, 4 gli astenuti.
- La proposta di legge sul testamento biologico ha superato il primo scoglio grazie ai sì di Pd, M5S, Si, Mdp, e altre forze minori.
- Hanno votato contro Lega, Ap, FdI e Forza Italia, pur riconoscendo la libertà di coscienza.
- Voto in dissenso dai loro gruppi per Fabrizio Cicchitto (Ap) che ha votato sì, Luigi Gigli (Democrazia solidale) che ha votato no, Daniele Capezzone (Misto Conservatori) che ha votato sì, Domenico Menorello (CI) che ha annunciato un no, e Stefania Prestigiacomo (Fi) che ha dichiarato un voto a favore
- Ora il testo è al Senato















- E' una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale.
- Nutrizione Enterale: i nutrienti vengono somministrati direttamente nello stomaco o nell'intestino mediante l'impiego di apposite sonde (sondino naso-gastrico, nasoduodenale, naso-digiunale, stomie → PEG).
- Nutrizione Parenterale: i nutrienti vengono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna, attraverso una vena periferica (es. cefalica, basilica, ecc.) o una vena centrale di grosso calibro (es giugulare, succlavia, ecc.), mediante l'impiego di aghi o cateteri venosi.





Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, tutela all'art. 1 "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore", ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al **paziente pediatrico**.

Per quest'ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.



Legge 15 marzo 2010, n. 38

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare:

- un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- la tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale,
- un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.



Legge 15 marzo 2010, n. 38 gli aspetti più rilevanti del testo legislativo

Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

P.S. la Scip ha messo a punto una scala di valutazione del dolore in ambito pediatrico che è in fase di sperimentazione









credo abbiano molto da dire a riguardo.....

TESTO CAMERA

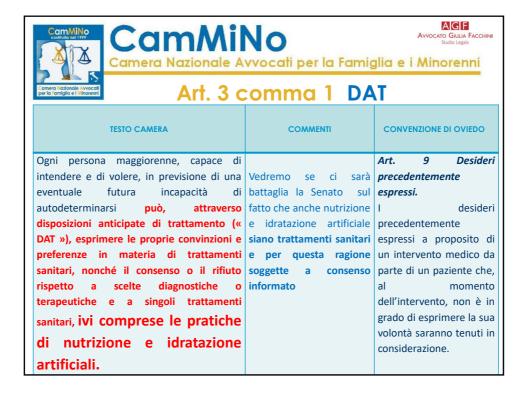
Ogni azienda sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.







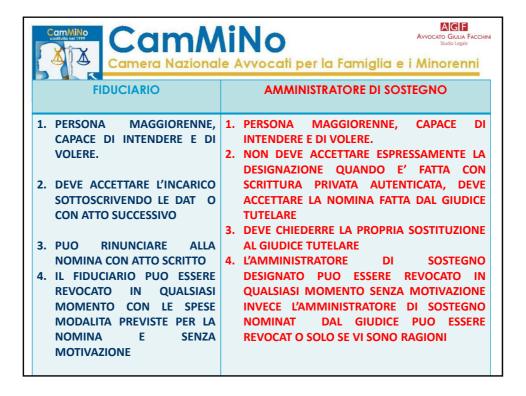






Ogni persona maggiorenne,

- Indica altresì una persona di sua fiducia (« fiduciario ») che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie
- Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne, capace di intendere e di volere.
- L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che viene allegato alle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che viene comunicato al disponente.
- L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina₁e senza obbligo di motivazione



















TESTO CAMERA

Art. 3 Comma 6 bis.

Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie, provvedono ad informare della possibilità di redigere le disposizioni anticipate di trattamento in base alla presente legge.





TESTO CAMERA

Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia, sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare a proposito del possibile evolversi della patologia in atto, di quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, delle possibilità cliniche di intervenire, delle cure palliative.









LA LEGGE CHE MI PIACEREBBE

PASSA ATTRAVERSO LA VALORIZZAZIONE DELLA DESIGNAZIONE PREVENTIVA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ART. 408 C.C.







QUESTIONI DEONTOLOGICHE



AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHIN

Studio Legale

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

QUESTIONI DEONTOLOGICHE

CODICE DEONTOLOGICO MEDICO 2014

TITOLO IV INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CONSENSO E DISSENSO

- Art.33 Informazione e comunicazione con la persona assistita
- Art.34 Informazione e comunicazione a terzi
- Art.35 Consenso e dissenso informato
- Art.36 Assistenza di urgenza e di emergenza
- Art.37 Consenso o dissenso del rappresentante legale
- Art.38 Dichiarazioni anticipate di trattamento
- Art.39 Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza



AVVOCATO GIULIA FACCHIN

Camera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

CODICE DEONTOLOGICO MEDICO 2014 6
Art. 33

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA

- Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.
- Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.
- Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

CamMiNo

AGF
AVVOCATO GIULIA FACCHI
Studio Legale

amera Nazionale Avvocati per la Famiglia e i Minorenni

ART 39 ASSISTENZA AL PAZIENTE CON PROGNOSI INFAUSTA O CON DEFINITIVA COMPROMISSIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.





in vigore dal 16 dicembre 2014.

In linea generale, si può ritenere che un problema di obiezione di coscienza non si ponga per l'avvocato, poiché secondo i principi generali che regolano la sua attività professionale, sanciti nei canoni del codice deontologico, egli è sempre libero di rifiutare il conferimento di un incarico professionale.

135



SE ACCETTA UN INCARICO PERO'

L'art.10 del CDF sancisce il dovere di fedeltà al mandato ricevuto nell'interesse dell'assistito.

Quindi: l'avvocato non deve necessariamente asservirsi al cliente ma deve decidere se accettare l'incarico e una volta accettato, deve anteporre a tutto (con i limiti ovviamente dei principi costituzionali) l'interesse legittimo del cliente.

Quindi: non può e non deve nascondere, sconsigliare, trascurare soluzioni che realizzerebbero l'interesse della parte, per fare prevalere proprie convinzioni.



E ANCORA

Art.9 C.D.F. impone all'avvocato di esercitare, tra le altre cose, con indipendenza e diligenza. E' importante sottolineare specie ai più giovani colleghi che: L'indipendenza va letta anche dai propri condizionamenti e convinzioni personali. Sarebbe anche non diligente il professionista che trascurasse le corrette ed ampie informazioni al cliente per coerenza con le sue personali scelte di vita.

137



- L'Art.11 CDF attribuisce all'avvocato un fondamentale presidio di indipendenza ed autonomia: egli è sempre libero di non accettare l'incarico. Nel farlo, però deve non tradirne la fiducia ponendo trasparentemente e correttamente la sua attività a servizio dell'interesse del cliente.
- Art.12 CDF Impone all'avvocato di agire con coscienza e diligenza assicurando la qualità.

138









