

La NUOVA LEGGE 219/2017

NON SOLO CONSENSO: NON SOLO D.A.T.

Nata da un compromesso tra 16 progetti di legge da tempo in attesa di esame, la nuova legge sul "consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento" dimostra che la volontà di dare una risposta ai problemi reali può prevalere su altri interessi meno nobili e consentire al Parlamento di trovare i numeri per varare leggi necessarie ad una società più giusta. Consenso informato, D.A.T. e pianificazione condivisa delle cure sono momenti diversi in cui si declina il diritto all'autodeterminazione della persona di fronte alla propria salute.

E' questa, forse, la vera sostanza della legge 219/2017.

Daniele Bernardini

Il Parlamento italiano, nel dicembre 2017, ha approvato in via definitiva la legge 219/2017 intitolata "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", entrata poi in vigore il 31 gennaio 2018.

Si tratta di una legge molto attesa e fortemente voluta da molti (e parimenti osteggiata da altri) per intercettare importanti aspettative maturate nella società civile in tanti anni. Alcuni fatti diffusi dai *media* hanno alimentato queste attese, accendendo il dibattito pubblico. Englaro, Welby, Dj Fabo...ci hanno interrogato con le loro storie. Purtroppo, anche in queste occasioni, la politica (con la p minuscola), alla ricerca di facile consenso, è spesso intervenuta a guastare il clima della discussione, facendo leva sulle passioni e le paure della gente; si è così impedito un dibattito costruttivo e sereno. Ricordiamo tutti, non senza vergogna, cosa si è sentito nelle aule parlamentari, durante l'agonia della sfortunata Eluana Englaro. L'iter della legge è stato molto travagliato, ma la cosa non deve meravigliare visto che si trattava di un progetto di legge, che entrava nel merito di questioni delicate, coinvolgenti la vita e la morte delle persone. Il testo al vaglio era un compromesso tra ben 16 disegni di legge precedenti; la disamina procedeva lentamente, tanto che ormai la speranza di poter arrivare ad un accettabile testo di legge stava svanendo, con la complicità della legislatura prossima alla scadenza. Questa volta, però, dal Parlamento è arrivata una buona notizia: con una maggioranza trasversale sufficiente il progetto è stato convertito in legge. Questo risultato sta a testimoniare che, quando c'è la volontà, si può ancora riuscire a fare delle buone leggi condivise: sì perché la legge non si presenta come il solito *brutto parto*, ma offre parecchi spunti coraggiosi, che la connotano come un progresso per chi ha a cuore una convivenza più civile. Pur non essendo

perfetta ed essendo esposta in alcuni passaggi ad interpretazioni controverse, appare, nei punti principali, chiara e inequivocabile. C'è quasi da essere stupiti.

L'Associazione Coscioni ha dato un gran contributo al buon esito di questo iter, per la costante promozione di una cultura sul tema: altro importante apporto, di connotazione più locale, è venuto dal gruppo dell'Università di Padova, coordinato dal prof Zatti, che chiedeva una legge *gentile* e non coercitiva. Nella promozione di questi progetti anche Quaderni Vicentini ha fatto la sua piccola parte, offrendo ai suoi lettori, già nel 2014, informazioni e commenti (v. Q.V.3/2014 pagg 102-113).

Il contesto nel quale la legge si cala

Ben prima del dicembre 2017, medici, giudici e giuristi che si sono occupati dell'argomento avevano messo in luce che la nostra giurisprudenza conteneva già parecchi elementi, che consentivano di muoversi con giustizia in questo terreno delicatissimo. La Costituzione offre infatti i suoi articoli 2-8-13-32, la Convenzione internazionale sui diritti dell'uomo e la biomedicina di Oviedo il suo articolo 4, i codici deontologici dei medici parlano già da tempo di consenso informato e rispetto delle volontà, e poi c'è la Convenzione europea sui diritti dell'Uomo, la Convenzione europea sulla disabilità... La nuova legge non piove quindi dall'alto in un *deserto*, ma in un terreno già pronto ad accoglierla.

In Italia, però, mancava ancora una legge che legittimasse direttamente il consenso informato, il rispetto delle volontà delle persone ammalate, ridisegnasse il rapporto tra medico e paziente nelle situazioni normali ed estreme, definisse il diritto della persona a porre dei limiti agli interventi sanitari sul proprio corpo anche nel caso di sopravvenuta incoscienza, prevedesse una pianificazione condivisa del percorso di cura nelle patologie croniche.

La relazione di cura e di fiducia

L'articolo 1 della nuova legge definisce il **Consenso Informato**, ribadendo quanto già stabilisce l'articolo 32 della Costituzione: nessun trattamento sanitario è possibile senza il consenso del soggetto, salvo casi particolari ben individuati e regolamentati dalla legge (v. certe vaccinazioni per chi viaggia o fa un certo lavoro, il trattamento sanitario obbligatorio per chi crea pericolo a sé o agli altri...). Non si limita però a questo: supera il concetto di consenso informato per promuovere una "**relazione di cura e di fiducia**", che leghi il paziente al medico, "basata sul consenso informato, nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico". Una relazione di cura e di fiducia è qualcosa di molto più articolato ed elastico (*gentile*) del mero consenso informato, che vorrebbe condensare in un *contratto*, tra medico che espone e paziente che accetta o rifiuta, tutto quel lavoro di relazione umana necessario per arrivare alla scelta della cura giusta, per quella persona, in quel momento.

Va inoltre decisamente oltre quel rapporto medico-paziente definito *paternalistico*, dove il medico (padre premuroso e sapiente) pensa al bene del paziente (figliolo indifeso e ignorante), che a lui si affida con fiducia incondizionata.

Verso una medicina più rispettosa dei diritti delle persone

Si tratta certamente di un passo avanti perché il "rapporto di cura e di fiducia", promosso dalla legge, intercetta uno dei bisogni, che aspettavano risposta: quello di un rapporto medico-paziente più rispettoso della persona ammalata con la sua visione di vita, la sua cultura, le sue aspettative e, non ultimo, la sua libertà. Al tempo stesso, questo tipo di approccio restituisce professionalità al medico, permettendogli di sganciarsi da rigidi schematismi (v.certe linee guida e la legge Gelli dell'8-03-2017), in alcuni casi mortificanti la relazione umana, per prendersi cura della **persona** ammalata e non della sua astratta malattia.

Abbiamo fatto tutti esperienza, in occasione di qualche procedura sanitaria, con le degenerazioni cui può arrivare il "consenso informato", a volte mortificato in moduli tanto sbrigativi da essere inutili, altre volte vanificato in altri moduli, tanto pieni di informazioni da divenire praticamente incomprensibili, scritti sotto la spinta della cosiddetta "medicina difensiva" (*mala informazione per eccesso di informazioni*).

Maggior rispetto per i parenti

All'interno della "relazione di cura e di fiducia", oltre al medico e al paziente, la nuova legge fa rientrare, se il paziente lo desidera, anche i suoi **parenti** (allargando la cerchia di questi anche alla persona congiunta civilmente o convivente) o una **persona di sua fiducia**. Il coinvolgimento dei parenti riceve così una certa legittimazione, fino ad ora riconosciuta solo ai genitori dei minori o ai familiari autorizzati dal giudice a svolgere il ruolo di amministratore di sostegno. La **bioetica** aveva sempre puntualizzato questo scarso peso dei parenti nella relazione medico-paziente, giustificato sul piano della responsabilità legale, indicandolo come un problema che meritava attenzione sul piano etico.

Nell'articolo 1 si affronta anche il diritto della persona a **rifiutare di essere informata**, se così desidera, e a delegare una persona di sua fiducia che raccolga le informazioni in sua vece. Essere informati a riguardo del proprio stato di salute viene esposto come un diritto e non un dovere. Il dovere è il rispetto per la volontà della persona ammalata.

Il consenso o dissenso, stabilisce la legge, deve essere redatto in forma scritta e allegato alla cartella clinica. Altre modalità (videoregistrazione...) sono ammesse qualora quello sia l'unico mezzo con cui la persona sa e può esprimersi. Il dissenso può riguardare qualsiasi trattamento proposto dal

medico o sue parti: esso può essere revocato in qualsiasi momento, sempre in forma scritta e conservata in cartella.

Anche l'alimentazione artificiale può essere rifiutata

Quasi per evitare discussioni più volte sollevate in Italia al riguardo, la legge chiarisce, senza alcuna possibilità di fraintendimento, che la **idratazione** e la **nutrizione artificiale** sono dei **trattamenti sanitari** e rientrano tra le cose che possono essere oggetto di consenso/dissenso da parte del paziente (articolo 1) e di disposizione anticipata di trattamento (successivo articolo 4). Fino ad ora bisognava navigare tra le Sentenze ordinarie o del Consiglio di Stato per trovare una affermazione così chiara e capace di spazzare anni di discussione accademica sul fatto che la alimentazione artificiale fosse da considerare un *atto medico* o un semplice *supporto vitale*. Del resto, se trattamento medico è "l'insieme dei metodi e delle pratiche terapeutiche per ripristinare, mantenere o migliorare lo stato di salute" (v. *dizionario Sallusti-Coletti*), comprendiamo come la somministrazione, su prescrizione medica, di alimenti e liquidi mediante dispositivi medici (sondino naso-gastrico o PEG) non possa che essere considerata tale. Ma per arrivare a questo ce n'è voluta!

La legge poi, senza giri di parole o reticenze, consente al soggetto capace di intendere e volere di rifiutare anche **trattamenti utili a mantenerlo in vita**, raccomandando al medico di rispettare la sua volontà, dopo avergli fornito le informazioni sulle possibili alternative alla sua scelta. Il **diritto all'autodeterminazione** della persona viene così ribadito con forza. In modo altrettanto chiaro, la nuova legge afferma che, a fronte delle conseguenze del rifiuto da parte del paziente di un trattamento siffatto, il medico rispettoso della volontà del paziente è libero da conseguenze penali e civili.

I limiti del Consenso/dissenso e delle DAT

Sempre l'articolo 1, poi, pone dei limiti anche al paziente, escludendo che possano rientrare nell'ambito del consenso/dissenso (articolo 1) e delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) (successivo articolo 4) "trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali". In questo caso, scrive che "a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali" e cioè non ha il dovere di aderire alle richieste. Su questo punto dell'articolo 1 il dibattito deve essere stato particolarmente agitato, visto cosa è uscito a commento in alcuni giornali (usi a riportare i commenti e mai le leggi). In particolare, c'è chi ha visto in questa frase delinearci la possibilità per il medico di opporre a questa legge una **obiezione di coscienza**.

Per obiezione di coscienza s'intende il "*rifiuto di sottostare a una norma dell'ordinamento giuridico, ritenuta ingiusta, perché in contrasto inconciliabile con un'altra legge fondamentale della vita umana, così come percepita dalla coscienza, che vieta di tenere il comportamento prescritto*" (*Enciclopedia*

Treccani). In Italia l'obiezione di coscienza del medico è prevista nel testo di quattro leggi: esse sono *la 772-1972 sul servizio militare, la 194-1978 sull'interruzione di gravidanza, la 413-1993 sulla sperimentazione animale e la 40-2004 sulla procreazione assistita*. **Non è il caso di questa legge**. Allora vuol dire che il medico è ridotto a mero esecutore di volontà altrui? Se ritiene quanto espresso dal suo paziente in contrasto con la sua coscienza e non vuol dare seguito al rapporto di cura e fiducia con lui, può sempre attivare quella che viene definita "clausola di coscienza". Per **clausola di coscienza** s'intende un "*principio guida al quale ispirare il proprio comportamento etico in quei casi dove l'obiezione di coscienza propriamente detta non sia contemplata per legge*". Essa rappresenta per il medico un modo trasparente per esprimere, nel singolo specifico caso e non preventivamente, la propria opposizione; egli sa che, ricorrendovi, commette un reato, e che comunque professionalmente deve impegnarsi a trovare, in qualche collega disponibile o nell'organizzazione della struttura sanitaria in cui opera, una soluzione per la persona che ha davanti (che rappresenta l'anello più debole della catena). La nuova legge, comunque, legittima esplicitamente la persona a dare delle disposizioni relativamente alle scelte che riguardano la sua salute (attraverso il **consenso informato**, se cosciente, le **DAT**, previste in anticipo da persona ora non cosciente) e vincola il medico a rispettarle. Le stesse due indicazioni (*necessità del consenso e vincolo al rispetto delle volontà*) sono presenti da anni nel codice di deontologia medica. Da tutto questo si evince che la nuova legge consente al medico di non rispettare le volontà del paziente, esclusivamente se il loro contenuto contrasta con quanto sopra esposto (legge, deontologia, buone pratiche) e non se configgono con l'etica sua personale (professionale, religiosa-spirituale...). Esprimere le proprie volontà nel merito è un atto **legittimo** e **deontologicamente protetto**.

Un commento specifico merita il richiamo al rispetto della **buona pratica clinica**, come prerequisito affinché il medico aderisca alle volontà del paziente. Una pratica clinica non può essere definita *buona* solo sulla base di una valutazione tecnica, fredda; essa va osservata in rapporto al contesto in cui è calata, riferita a quello specifico paziente, e quindi alla sua impostazione culturale, alle sue aspettative e volontà, al suo vissuto, alla fase della sua malattia... Il consenso del paziente è una componente fondamentale ed ineludibile di una pratica medica *buona*. Dev'essere all'interno di una sana *relazione di cura e di fiducia* che nasce la scelta giusta.

Informare fa parte del prendersi cura

Un'affermazione culturalmente rilevante contenuta ancora nell'articolo 1 è quella recita che "**il tempo dell'informazione è tempo di cura**". Parole sacrosante (che ricalcano quanto già scriveva l'articolo 20 del Codice deontologico dei medici del 2014), che, purtroppo, suonano in un certo senso ancora *rivoluzionarie* nel mare della medicina tecnologica dei nostri tempi. Sarebbe da farle leggere a tutti quei *ragionieri-contabili della sanità*, che (con

metodo aziendalistico) calcolano in minuti il tempo delle visite mediche negli ambulatori ospedalieri: dovranno render conto di come fa un medico a eseguire una visita, ascoltando adeguatamente la persona che ha davanti, scrivere le ricette, compilare tutta la burocrazia e informarla compiutamente e correttamente... in 20 minuti (questo è il tempo che in ospedale, anche a Vicenza, viene stabilito per una visita con impegnativa regionale). Senza una corretta comunicazione tra medico e paziente, la relazione di cura e fiducia non può neppure nascere. Affrontare i problemi di salute pubblica con quest'ottica da azienda metalmeccanica non solo dimostra che non si vuol cogliere l'aspetto umano della sanità, ma ora si scontra anche con questa legge.

La lotta al dolore e all'accanimento

L'articolo 2 della legge affronta direttamente, e sempre senza reticenze o giri di parole, i problemi legati alla sedazione del dolore e alle cure palliative dei pazienti in stato terminale. La terapia del dolore è definita come un obbligo per i medici, indipendentemente dal fatto che il paziente abbia o non abbia dato il suo consenso alle cure proposte per affrontare la sua malattia.

Il comma successivo recita che il medico, "nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati". È finalmente una condanna esplicita di quello che comunemente viene definito *accanimento terapeutico*. La legge si allinea con quanto è scritto nel codice deontologico dei medici già da molti anni. Il testo si spinge anche oltre, consentendo che "in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla **sedazione palliativa profonda continua** in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente".

La sedazione palliativa profonda continua è la somministrazione intenzionale di farmaci, alla dose necessaria a ridurre il livello di coscienza, fino ad annullarla, al fine di alleviare o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente. È una pratica che si attua nell'imminenza della morte, ammessa anche dal Comitato Nazionale di Bioetica e che nulla ha a che fare con l'eutanasia. Se questo tipo di sedazione viene correttamente applicato, la dose di oppiacei utilizzata è quella sufficiente a togliere il dolore e la coscienza, senza arrivare a quella (variabile da paziente a paziente a seconda delle sue condizioni generali) che può inibire il centro del respiro. Ammesso pure che in alcuni casi di particolare fragilità (siamo comunque di fronte ad una persona nei suoi ultimi momenti di vita) questa pratica possa anticipare di qualcosa il momento del decesso (fatto comunque non sicuramente dimostrato), sono decisamente preponderanti i vantaggi in termini di rispetto della persona e della sua dignità, spesso compromessa dal livello delle sofferenze fisiche e morali.

Gli articoli della nuova legge, che abbiamo fino a qui presi in esame, porteranno un po' di chiarezza nei rapporti medico-paziente? I presupposti perché questo si verifichi ci sono. L'impegno per far crescere il livello di coscienza pubblica su questi temi non deve comunque venir meno. Questi problemi, infatti, si affrontano sul piano delle leggi, ma più ancora su quello culturale: ancora siamo indietro in Italia, forse più che in altri Paesi. Sarà da vigilare per impedire una lettura burocratica della nuova legge: dobbiamo far sì che la sua presenza sia uno stimolo per una crescita morale, che sia almeno pari a quella che la medicina ha avuto sul piano tecnico.

Rispetto dei minori e incapaci

Nell'articolo 3, il diritto ad avere adeguate informazioni su un trattamento sanitario ed a manifestare il proprio consenso o dissenso, viene messo a confronto con i minori e gli interdetti (i cosiddetti *incapaci legali*) e con gli inabili a provvedere a se stessi per qualsiasi altro motivo (i cosiddetti *incapaci naturali*); tale diritto/dovere viene delegato rispettivamente ai genitori, al tutore e all'amministrazione di sostegno. La legge vuole assicurare a queste persone (incapaci legali e naturali) il massimo possibile di partecipazione alle scelte, compatibilmente col loro grado di coscienza e comprensione. I rappresentanti legali sono quindi invitati ad agire *per conto* (e non *al posto*) del loro rappresentato, come la bioetica da tempo sostiene. Nulla di nuovo rispetto alla giurisprudenza precedente.

La nuova legge ribadisce il ricorso eventuale al Giudice tutelare, in caso di dissenso tra medico (che ritenesse un trattamento assolutamente da farsi) ed il rappresentante legale di parere contrario, trattandosi di diritti *personalissimi* (come quello alla vita) e quindi non delegabili (v. più avanti).

Le D.A.T.

L'articolo 4 entra nel merito delle **disposizioni anticipate di trattamento (D.A.T.)**. "Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi... può... esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari". Il firmatario delle disposizioni può delegare una persona di sua fiducia (definito *fiduciario*) a rappresentarlo, in caso di perdita di coscienza, al cospetto dei medici e della struttura sanitaria, vigilando sul rispetto delle sua volontà.

Non è la prima volta che questa legge introduce la figura del "**fiduciario**": già lo aveva fatto delineando i partecipanti alla "relazione di cura e di fiducia" (articolo 1, comma 2) e definendo chi poteva raccogliere le informazioni sullo stato di salute della persona, che non voleva avere informazioni dirette (articolo 1, comma 3).

Per "fiduciario" si intende un "**rappresentante volontario**", scelto ed indicato direttamente dall'interessato, che ha la *procura* di agire in nome e per conto del rappresentato, entro i limiti previsti nella procura stessa (v.artt.1387ss.C.C.). Si differenzia dal "**rappresentante legale**" (cioè dal *genitore* per i minori, dal *tutore* per l'interdetto, dall'*amministratore di sostegno* per l'incapace naturale), che è individuato dalla legge o nominato dal giudice e vede i limiti del suo agire definiti appunto dalla legge (art.320ss.C.C.per il minore) o da un provvedimento del giudice (misure di protezione per l'adulto *privo in tutto o in parte di autonomia* ex artt.404ss.C.C.). Il fiduciario sottoscrive le D.A.T., di cui possiede copia: può rinunciare all'incarico (comunicandolo per iscritto), oppure essere sfiduciato dal suo rappresentato con le medesime modalità e senza obbligo di motivazione. Le D.A.T. rimangono valide, anche se non indicano la persona di un fiduciario. In caso di necessità, il giudice tutelare può comunque sempre nominare un amministratore di sostegno (art.404ss.C.C.).

La legge, poi, risponde ad una preoccupazione, spesso sollevata nei confronti di queste direttive date (come ogni testamento, del resto) *ora per allora*: il timore, cioè, che una direttiva data *ora*, tenendo conto delle possibilità tecniche della medicina attuale, possa impedire *allora* (quando le DAT saranno applicate) l'accesso a nuove terapie o nuovi trattamenti efficaci, resisi disponibili in tempi successivi alla stesura delle disposizioni. Qualora sussistano queste condizioni oppure le D.A.T. "appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente", il medico è autorizzato a disattendere le disposizioni, in accordo col fiduciario. Se questo accordo non c'è, si ricorre al giudice. Queste precisazioni vanno intese come clausole di garanzia nei confronti del cittadino, che affida le sue volontà alle D.A.T.

La legge stabilisce che "le D.A.T. siano redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello Stato Civile del Comune di residenza...". Quest'ultimo deve provvedere alla loro annotazione in un apposito registro: Vicenza lo ha già istituito nel 2013, pur senza aver mai previsto, fino all'approvazione della legge 219/2017, la conservazione materiale del documento.

La consegna delle D.A.T. non è soggetta ad obblighi di registrazione, bolli, tributi o tasse. Come nel caso del consenso informato, qualora le condizioni del paziente non consentano la consegna di persona, "le D.A.T. possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare". Le D.A.T. sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

La nuova legge dà disposizioni su come comportarsi, quando le Regioni si doteranno di modalità telematiche di gestione della *cartella clinica*, oppure del cosiddetto *fascicolo sanitario elettronico* o di altre modalità informatiche di gestione: copia delle D.A.T. potrebbero entrare, col consenso dell'interessato,

in queste banche dati. Ma in questo campo, a parte iniziali progetti sperimentali, siamo ancora alla preistoria e dobbiamo per ora accontentarci, dove è applicata, della tessera sanitaria elettronica (usata principalmente per i farmaci e l'identificazione, ma non per archiviare altri dati sanitari personali).

Comuni e D.A.T.

La legge concede agli Enti interessati sessanta giorni dalla sua entrata in vigore (cioè entro fine marzo 2018) per emanare direttive e informazioni sulle possibilità e modalità di redigere le D.A.T.. Il **Comune di Vicenza** ha diffuso molto rapidamente un "**vademecum**" per il cittadino interessato al problema (v. comune.vicenza.it/cittadino/scheda.php42722,79075). A Vicenza, coloro che avevano già iscritto il loro nome nell'elenco tenuto dal Comune dal 2013, possono ora depositarvi personalmente anche il *testamento* in cartaceo. Coloro che, sempre a Vicenza, hanno depositato in questi anni il loro *testamento biologico* presso la Chiesa Valdese con l'assistenza della Associazione Coscioni (molti di più dei precedenti), possono portarlo ora in Comune e farsi registrare nell'elenco. Il Comune di Vicenza non adotta alcun modello prestabilito per le D.A.T., richiedendo solo che siano accompagnate dalla compilazione di una *richiesta di iscrizione al registro* (il cui modello è scaricabile da internet o ritirabile agli sportelli dell'Anagrafe - v. allegato in calce all'articolo). Basterà avere con sé copia della propria tessera sanitaria e dei documenti di identità proprio e del fiduciario. È evidente che la gratuità, che la legge garantisce a tutta la procedura, potrebbe essere vanificata se un Comune non desse la sua collaborazione (per esempio nell'autenticazione delle firme). Sta al cittadino vigilare affinché questo non avvenga. Purtroppo, a volte basta un piccolo intoppo burocratico per vanificare un diritto. **Rodotà**, non a caso, raccomandava al cittadino di vigilare affinché qualsiasi nuova legge in questo campo proteggesse e rendesse maggiormente godibili i suoi diritti, già sanciti dalla Costituzione (autodeterminazione, salute, libertà... per esempio), e non, per contrario, li costringesse in una gabbia di obblighi e limitazioni al punto da renderli poco fruibili. Questa legge facilita l'accesso del cittadino alle D.A.T.? Forse sì, se gli eventuali intoppi burocratici saranno risolti a tutti i livelli. Vedremo.

Medici e D.A.T.

La legge stabilisce che il medico è tenuto al rispetto delle D.A.T., coi limiti legati al loro contenuto; questo (analogamente a quanto stabilito per il consenso informato nell'articolo 1) non deve essere contrario alla legge, alla deontologia professionale e alla buona pratica clinica. Già prima della presente legge il medico era invitato a *tenere conto* delle volontà precedentemente espresse dal Codice deontologico (art. 38-2014) e dalla Convenzione di Oviedo (art.4). Il medico, però, non è necessariamente coinvolto con la loro stesura, anche se potrebbe essere consultato, se il cittadino lo desidera. Le D.A.T. sono infatti l'espressione di un diritto all'autodeterminazione proprio del cittadino, che trova già nella Costituzione basi solide (articoli 2, 13, 32): non sono il

risultato di un "contratto" tra lui e il medico curante o tra lui e lo Stato. Queste disposizioni vengono sottoscritte dal cittadino quando ancora sta bene; non possono che contenere delle indicazioni importanti, ma generali, dal momento che chi le sottoscrive non può conoscere se si troverà mai nelle condizioni di doverle utilizzare e per quale patologia.

Programmare la cura nelle patologie croniche gravi

L'articolo 5 tratta della **pianificazione condivisa delle cure** per le patologie croniche a decorso lento ed esito inesorabilmente infausto. La nuova legge consente alla persona che ne soffre di *concordare col proprio medico* un piano di trattamento da rispettare, anche nel caso di subentrata sua incoscienza. Per esempio, nella sclerosi laterale amiotrofica (S.L.A.) il soggetto ammalato è consapevole che, prima o poi, avrà una difficoltà respiratoria tale da richiedere, senza possibilità di ritorno, la tracheostomia e la respirazione artificiale. Se ritiene di non poter accettare una situazione di dipendenza così assoluta e, fatto un bilancio della sua vita, vuol lasciare che la malattia faccia il suo corso naturale, accettando di conseguenza la morte, può concordare col medico che, giunto quel momento, nessuno lo possa sottoporre a tracheostomia. Può chiedere (e comunque gli va garantito - v. articolo 2 di questa stessa legge) di essere sedato per eliminare la sofferenza e l'angoscia della mancanza d'aria. La stessa persona può, viceversa, voler ancora vivere, pur se in quelle condizioni, e dare disposizioni contrarie a quelle sopra riportate in coerenza col suo pensiero. Il medico deve attenersi a quanto assieme concordato: in questo caso, infatti, (contrariamente alle D.A.T.) si tratta di un piano (o un patto), nato all'interno di quella *relazione di cura e fiducia* tra medico e paziente promossa nell'articolo 1 della legge. La documentazione di questo progetto condiviso non va ovviamente depositata in Comune, come le D.A.T., ma è conservata nella cartella clinica. Se anche cambiasse il medico, il piano predisposto va comunque rispettato.

Anche in questo caso (come già abbiamo visto all'interno della relazione di cura e di fiducia- v. art.1) assistiamo alla rivalutazione del ruolo dei familiari che, col consenso dell'interessato, diventano (tornano) destinatari legittimi delle informazioni, che il medico è tenuto a dare sul decorso prevedibile della malattia del loro congiunto. Come per le D.A.T., anche per la pianificazione delle cure è possibile nominare un **fiduciario**, che vigili sul rispetto del piano predisposto.

Non solo D.A.T.

Molti, forse, si attendevano un testo di legge centrato sull'argomento più atteso e più dibattuto a livello di opinione pubblica, cioè il cosiddetto *testamento biologico* (qui correttamente chiamato "disposizioni anticipate di trattamento"-D.A.T.): in realtà la legge dedica ad esso solo l'articolo 4, perché lo inquadra, giustamente, in un discorso di più ampio respiro, che prende in considerazione i rapporti tra cittadino e sanità pubblica, in ogni situazione,

dalle più semplici a quelle più drammatiche. Dopo aver messo in risalto, all'interno di una *relazione di cura e fiducia*, il diritto ad essere informato e a poter dare o negare il proprio consenso a qualsiasi trattamento medico, la legge indica al cittadino una via (rappresentata dalle D.A.T. e dalla pianificazione condivisa delle cure) per non far decadere questi suoi diritti per subentrata incoscienza. In effetti, trattandosi di diritti *personalissimi* (acconsentire o meno a trattamenti in grado di incidere sulla propria vita), **non sono delegabili** ad altri, quindi neppure al tutore, amministratore di sostegno o fiduciario. Questi "diritti personalissimi" sono talmente legati alla persona che, con l'incoscienza, decadrebbe la possibilità di esercitarli. La stesura delle direttive anticipate (con le modalità di garanzia che la legge richiede) o della pianificazione condivisa delle cure ha l'intento di dar voce alla volontà del cittadino sempre, in modo che non venga mai meno il suo diritto all'autodeterminazione, neppure nelle situazioni più estreme. Il fiduciario assume, in questi casi, il ruolo di garante.

È questa, forse, la **vera sostanza della legge 219/2017**. Consenso informato, D.A.T. e pianificazione condivisa delle cure sono momenti diversi in cui si declina il diritto all'autodeterminazione della persona di fronte alla propria salute.

Una legge di libertà

È questa una legge coercitiva, forte, oppure *gentile*, come la voleva il gruppo dell'Università di Padova (referente al prof. Zatti) che ha contribuito alla sua stesura? La 219/2017 si presenta come una legge di libertà: nessuno è obbligato a scrivere le proprie disposizioni anticipate, per esempio, ma chiunque volesse scriverle può farlo. I cittadini che, per propria impostazione culturale, religiosa o etica, fanno riferimento a dottrine contrarie al diritto della persona di autodeterminarsi, non hanno motivo di preoccupazione, in quanto la loro volontà sarà rispettata. Parimenti, coloro che fanno riferimento ad una impostazione più laica sanno che verranno rispettati.

Un'etica forte cresce solo nella libertà

Alcuni commentatori cattolici, basandosi pregiudizialmente sui concetti di "legge naturale" e di "indisponibilità della vita", hanno definito questa legge *pericolosissima* (v. Card. Elio Sgreccia, Gian Luigi Gigli...). Ma è veramente così pericolosa per chi fa propri questi concetti base? Una legge, che facesse riferimento a valori immutabili e trascendenti (come sono quelli sopra citati), sarebbe inevitabilmente, quella sì, coercitiva verso la parte di cittadinanza che non si ritrova in quella visione. Riaffiora, anche in questa occasione, la diffidenza di molti cattolici italiani verso leggi e istituzioni ad impronta Laica: ma un ambiente Laico prevede spazio e rispetto per ogni espressione, anche di chi vuol dare alla propria vita un'impostazione confessionale (cattolica, per esempio). Questa nuova legge non impone una filosofia di vita, ma fa da cornice a chiunque voglia esprimersi nel merito della propria salute,

consentendo una libera manifestazione delle proprie volontà e garantendo che verranno rispettate. Anche l'accettazione della **morte** (ineluttabile per tutti) e dei **limiti della medicina** (per quanto essa si proclami spesso onnipotente) non contrasta con il rispetto della volontà di Dio, per chi crede. Un'etica forte cresce solo nella libertà, che per questo non va temuta, ma favorita, anche dai cristiani.

La **vita** non è un bene **assoluto**, ma un bene **fondamentale**: senza di lei tutti gli altri valori non possono esprimersi, ma esistono dei valori che contano più della vita, tanto che per essi si accetta che si possa anche sacrificarla: questi valori rientrano nel concetto elevato che abbiamo di persona e di dignità. Ne sono testimonianza i martiri, gli eroi....

Come ha scritto Corrado Viafora* (v. *"il ruolo della dignità umana nell'argomentazione del giudizio bioetico. Una proposta metodologica"*) "la vita, nel tempo dominato dal predominio della tecnica, va interpretata in modo adeguato, più che difesa e basta. È l'idea di dignità umana, da rispettare sempre, che può orientare la pratica clinica meglio di altri approcci. Il rispetto è quindi dovuto alla persona, non alla vita in sé".

-
- Corrado Viafora, professore ordinario di Filosofia Morale presso l'Università di Padova e Direttore del corso di perfezionamento in bioetica, che si svolge ogni anno a Padova

Depositare una DAT a Vicenza

Dove

Ufficio **Stato civile**, Palazzo degli Uffici, piazza Biade 26 (primo piano)

Quando

lunedì, martedì, giovedì e venerdì dalle 8.30 alle 12.30;

martedì e giovedì dalle 16.30 alle 18 (solo su appuntamento online);

mercoledì chiuso

[Prenotazioni appuntamenti online](http://www.comune.vicenza.it/prenotazioni) (link: <http://www.comune.vicenza.it/prenotazioni>)

Tel. 0444221427, fax 0444221422

Email: uffstatocivile@comune.vicenza.it PEC: vicenza@cert.comune.vicenza.it

Collegamento alle pagine del [settore Anagrafe, stato civile ed elettorale](http://www.comune.vicenza.it/uffici/dipserv/spdemele/)

(link: <http://www.comune.vicenza.it/uffici/dipserv/spdemele/>)

Al Comune di VICENZA
Ufficio di Stato civile

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

- **D.A.T.**(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a VICENZA in via/piazza _____

codice fiscale _____ documento d'identità n° _____

cell. _____ e.mail _____

in qualità di disponente ai sensi dell'art.4 della L.219 del 22 dicembre 2017, *agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,*

dichiaro

- di consegnare personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del comune di Vicenza la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente le mie volontà ai sensi della L.219/2017 da me sottoscritta in data _____;
- che il fiduciario è il sig./sig.ra (nome/cognome) _____, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed allo stesso ho consegnato una copia della DAT;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno;
- di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allego:

1. DAT
2. copia di un mio valido documento d'identità
3. copia della tessera sanitaria in corso di validità
4. copia di un valido documento d'identità del fiduciario

Vicenza, _____

Firma intestatario _____

Testo della legge 219/2017

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Art. 1.

(Consenso informato)

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla

deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura 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.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2.

(Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3.

(Minori e incapaci)

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4.

(Disposizioni anticipate di trattamento)

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e 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 è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro

tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet.

Art. 5.

(Pianificazione condivisa delle cure)

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. 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 sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

Art. 6.

(Norma transitoria)

1. Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Art. 7.**(Clausola di invarianza finanziaria)**

1. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 8.**(Relazione alle Camere)**

1. Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.