



Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

Gruppo di Studio di Bioetica

Coordinatore:

Dr. Giuseppe R. Gristina

GRUPPO DI STUDIO BIOETICA

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ALLEANZA TERAPEUTICA, CONSENSO INFORMATO E DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Considerazioni in merito al Disegno di Legge
approvato dal Senato della Repubblica il 26.03.2009
modificato dalla Camera dei Deputati il 12.07.2011

Memoria audizione Senato della Repubblica
Commissione Igiene e Sanità – 29 settembre 2011

In merito alla legge sulle Direttive Anticipate di Trattamento (DAT) approvata alla Camera dei Deputati il 12 luglio 2011, la SIAARTI ritiene opportuno puntualizzare quanto segue:

- La SIAARTI, d'intesa con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)¹ ritiene che le DAT debbano rappresentare scelte libere e consapevoli dei cittadini sviluppate in accordo con il medico nel contesto della relazione di cura. Questa, unica e irripetibile, contiene già, quando maturata nel rispetto del Codice di Deontologia Medica², tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico-professionali necessarie a legittimare e garantire le giuste scelte per ogni singolo caso.
- A questo proposito la SIAARTI riconosce al Codice di Deontologia Medica forza giuridica ed etica considerandolo di per sé strumento idoneo e sufficiente a orientare e legittimare le decisioni assunte nell'interesse esclusivo del malato nel rispetto della sua volontà e dell'autonomia del medico.
- La SIAARTI ribadisce la necessità di un "*diritto mite*", limitato cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del malato e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura.
- La SIAARTI sottolinea che l'autonomia e la responsabilità del medico garantiscono che le scelte di cura siano accolte tenendo conto dei differenti sistemi valoriali dei malati, nel continuo sforzo di aiutare chi ha il diritto di essere curato con competenza e solidarietà e accompagnato nella sua sofferenza.
- In questo senso, la SIAARTI si oppone alle richieste di atti eutanasi e a ogni forma di trattamento sproporzionato in quanto futile che configuri, a parere del medico, un puro accanimento terapeutico. Nel merito, la SIAARTI ribadisce che l'interruzione o la non erogazione delle cure ritenute futili sulla base dell'evidenza scientifica disponibile, non possono e non debbono essere assimilate a qualsiasi forma di eutanasia.
- la SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo alla necessità di definire chiaramente che le condizioni nelle quali le DAT assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà "*capace*", debbono riferirsi a tutti gli stati patologici che si manifestano nel corso di malattie acute o cronico-degenerative caratterizzati da una perdita della coscienza di sé e dell'ambiente, configuranti quindi un'incapacità attuale ad esprimere volontà.

¹ Documento di Terni – 13 giugno 2009

² Codice di Deontologia Professionale, ed. 2006: Artt. 16, 17, 20, 23, 35, 37, 38, 39, 53
<http://portale.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showVoceMenu.2puntOT?id=5>

La SIAARTI esprime infine viva preoccupazione e rilevanti perplessità sulla qualità dei contenuti scientifici della legge nel suo complesso e, in particolare, per quanto contenuto:

1. **al comma 3 dell'art. 2:** *“L'alleanza terapeutica costituitasi all'interno della relazione fra medico e paziente ai sensi del comma 2 può esplicitarsi, se il medico lo ritiene necessario o se il paziente lo richiede, in un documento di consenso informato, firmato dal paziente e dal medico. Tale documento è inserito nella cartella clinica su richiesta del medico o del paziente.”*
2. **al comma 9 dell'art. 2:** *“Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto quando ci si trovi in una situazione di emergenza, nella quale si configuri una situazione di rischio attuale e immediato per la vita del paziente.”*
3. **al comma 5 dell'art. 3:** *“La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui il soggetto si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non possa assumere decisioni che lo riguardano. Tale accertamento è certificato da un collegio medico formato, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, da un anestesista-rianimatore, da un neurologo, dal medico curante e dal medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente. Tali medici, ad accezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o, ove necessario, dall'azienda sanitaria locale di competenza.*
4. **al comma 4 dell'art. 4:** *“... alimentazione e idratazione ... debbono essere mantenute fino al termine della vita ... esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.”*

Secondo la SIAARTI questi quattro punti, già da soli, sono sufficienti a destabilizzare le fasi più delicate della relazione di cura che gli anestesisti-rianimatori contraggono quotidianamente con i malati loro affidati.

Il consenso informato, atto preliminare e fondante la relazione di cura, esce da questa legge pesantemente limitato nella sua rilevanza morale e giuridica, rischiando di contrapporre malato e medico anziché favorirne l'alleanza e la solidarietà; questo risulta specialmente vero nella condizione critica più di ogni altra come quella dell'emergenza-urgenza.

Per altro verso, **la definizione d'incapacità permanente** intesa come *“accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale”* non può essere accettata perché, in termini scientifici,

tale definizione non corrisponde a un'entità nosologica precisa ma alla condizione di morte dell'individuo per cessata funzione dell'intero sistema nervoso centrale. In questo senso appare del tutto incomprensibile la funzione di accertamento di tale condizione da parte di qualsiasi commissione che non sia quella già prevista dalla legge ³.

In merito ad **alimentazione e idratazione** la SIAARTI ribadisce ⁴, in accordo con la più ampia e moderna evidenza scientifica ^{5, 6, 7} che la nutrizione artificiale in ogni sua forma, costituisce a tutti gli effetti trattamento sanitario medico-infermieristico che può essere rifiutato dal malato alla stregua di ogni altro trattamento con una dichiarazione esplicita o con una direttiva anticipata.

La SIAARTI sente inoltre l'obbligo di segnalare che il comma 4 dell'art. 4 è in contrasto con l'art. 53 del Codice di Deontologia Medica; tale comma infatti, se approvato, porrebbe il medico nella contraddittoria condizione di obbedire alla legge violando il proprio codice morale o, viceversa, di violare la legge per seguire quest'ultimo.

La SIAARTI auspica che il Senato della Repubblica, nella sua ultima revisione, voglia prendere in esame le difficoltà denunciate e riconsiderare radicalmente una legge che, nella versione attuale, è in netto contrasto con i risultati del percorso scientifico e culturale fin qui compiuto dalla nostra disciplina e dalla scienza medica italiana nel suo complesso e non appare di alcuna utilità nell'affrontare la complessità umana e morale della relazione di cura.

**Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva – S.I.A.A.R.T.I.
Il Presidente Prof. Vito Aldo Peduto**



**Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva – S.I.A.A.R.T.I.
Gruppo di Studio Bioetica – Il Coordinatore Dr. Giuseppe R. Gristina**



³ Legge 29 dicembre 1993, n.578 – Decreto 22 agosto 1994, n.582 del Ministero della Sanità

⁴ http://www.siaarti.it/scientifica/doc_gruppi/file_41.pdf

⁵ A.S.P.E.N. Board of Directors. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. JPEN 2002; 26 (Suppl).

⁶ Position of the American Dietetic Association ADA: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding J Am Diet Assoc. 2008;108:873

⁷ **Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera RINPE 2002 ;20: S5, p. S1- S171**