



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

In merito alla legge sulle DAT approvata alla Camera dei Deputati il 12 luglio 2011, la SIAARTI esprime il proprio rammarico per il mancato recepimento dei contributi forniti in sede di audizione dalla nostra Società e ritiene opportuno puntualizzare quanto segue:

- La SIAARTI, d'intesa con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)<sup>1</sup> 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 Medica<sup>2</sup>, 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 ad 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. In tale contesto la SIAARTI conferma, in accordo con la più ampia e moderna evidenza scientifica, 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 sottolinea che la responsabilità del medico garantisce che le scelte di cura siano adottate tenendo conto dei differenti sistemi valoriali delle persone malate, nel continuo sforzo di coniugare l'oggettività delle evidenze scientifiche, la specificità di ogni condizione clinica, il rispetto dell'autonomia di medico e paziente. Tale è il reale significato dell'"alleanza terapeutica".
- La SIAARTI afferma la propria opposizione alle richieste di atti eutanasi, intesi come collaborazione da parte del medico alla soppressione della vita umana su richiesta di una persona gravemente malata che lo chieda.
- Altrettanto, la SIAARTI si oppone a ogni forma di accanimento terapeutico, inteso come artificiale prolungamento della sopravvivenza di un malato di cui non sono note le volontà, per il quale vi è fondata consapevolezza che non vi sono speranze di garantirgli né la sopravvivenza né una qualità di vita da lui stesso ritenuta accettabile.
- In questo senso, la SIAARTI ribadisce che l'interruzione o la non erogazione di cure ritenute futili in base all'evidenza scientifica disponibile – che configurino quindi un accanimento terapeutico – non possono e non debbono essere assimilate a qualsiasi forma di eutanasia.

---

<sup>1</sup>Documento di Terni – 13 giugno 2009

<sup>2</sup>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 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.

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:

- **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."*
- **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.**"*
- **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.***

È evidente come questi tre punti, già da soli, siano 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. Infatti, esso sembra continuare ad avere rilevanza vincolante per le persone "capaci" ma a perderla nel caso di persone non più in grado di esprimersi, creando una inaccettabile ineguaglianza fra le persone malate.

Per altro verso, la definizione d'incapacità permanente intesa come *accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale* non può essere accettata poiché, in termini scientifici, non corrisponde ad 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<sup>3</sup>.

La SIAARTI auspica che il Senato della Repubblica, nella sua ultima revisione, voglia prendere in esame le difficoltà denunciate e riesaminare nel suo complesso una legge che, nella versione attuale, rischia di compromettere drammaticamente i risultati del percorso scientifico e culturale fin qui compiuto dalla nostra disciplina e dalla scienza medica italiana nel suo complesso.

**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 – Coordinatore Dr. Giuseppe R. Gristina**

