

Memoria relativa all'audizione al Senato della Repubblica del Dr. Luigi Riccioni sul disegno di legge n. 2801 sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Gli anestesisti-rianimatori sono i medici che intervengono nelle fasi più drammatiche delle malattie, quando il quadro clinico è talmente grave che per mantenere in vita la persona malata è necessario sottoporla a trattamenti straordinari, i trattamenti intensivi.

In alcuni casi, tuttavia, la storia clinica della persona malata pone al medico il dubbio che l'episodio di scompenso possa rappresentare la fase terminale di una malattia cronica ed in questo caso è sempre difficile, per gli aspetti etici oltre che clinici, stabilire se per quella persona siano più indicati i trattamenti intensivi rispetto ad un percorso di cure palliative. Le difficoltà della gestione di simili casi sono aumentate dall'urgenza con cui è necessario prendere tali decisioni, in tempi quindi che mal si conciliano con la necessità di una accurata ricostruzione dell'evoluzione della malattia e delle aspettative e della volontà del paziente.

Per tali motivi, gli anestesisti-rianimatori auspicano da tempo una regolamentazione della relazione di cura per la corretta gestione della fine della vita ed hanno cercato di portare un contributo costruttivo al dibattito su questo tema.

Nell'ultimo ventennio la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha prodotto una serie di documenti finalizzati ad orientare gli anestesisti-rianimatori nella relazione di cura con la persona malata per guidarne il processo decisionale:

_ Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva (2003)

_ Le cure di fine vita e l'anestesista-rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio al malato morente (2006)

_ Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura (2013)

In tutti questi documenti è raccomandato il rispetto dell'autodeterminazione del paziente anche attraverso disposizioni anticipate di trattamento, che possono essere valorizzate in particolare all'interno della pianificazione anticipata delle cure che dovrebbe rappresentare il principale strumento della relazione di cura tra il medico e la persona affetta da una patologia cronica.

Particolarmente rilevante è il documento condiviso prodotto dalla SIAARTI insieme al "Cortile dei Gentili" – fondazione del Pontificio Consiglio della Cultura – e alla Società Italiana di Cure Palliative, intitolato "Linee propositive per un diritto della relazione di cura e delle decisioni di fine vita" (2015)..

In tale documento viene delineato l'approccio legislativo più consono alle problematiche attinenti alla fine della vita, che non deve avere un carattere prescrittivo ma, al contrario, deve fornire alle persone malate e ai medici un punto di riferimento etico all'interno del perimetro formato dalla Costituzione, dalla legge e dal Codice di Deontologia Medica. Viene inoltre sottolineato che nelle persone malate deve essere salvaguardato il diritto non solo alla vita e alla salute, ma anche al rispetto della propria dignità e libertà di scelta.

Nonostante la produzione di questi documenti, in aggiunta al Codice di Deontologia Medica, a documenti della Unione Europea, alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa, alla Costituzione della Repubblica e alle numerose sentenze delle Corti, . la SIAARTI ha ritenuto opportuno, date le numerose imprecisioni riscontrate nel dibattito mediatico su questo tema in occasione della discussione alla Camera dei Deputati sul disegno di legge sulle DAT, scrivere un documento di posizione intitolato "Disposizioni anticipate di trattamento, consenso

informato e pianificazione anticipata delle cure: la posizione della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva”.

La SIAARTI sottolinea che l’approccio alla persona malata giunta alla fine della vita deve sempre essere ispirato a tre principi fondamentali:

- *condivisione delle decisioni*
- *rispetto dell’autodeterminazione e dell’identità della persona malata:*
- *limitazione dei trattamenti sproporzionati:*

L’obiettivo della relazione di cura è quello di aiutare la persona malata a definire e realizzare il miglior progetto di vita per se stessa, nonostante i limiti posti dalla sua stessa malattia; questo si attua attraverso un percorso di decisioni condivise.

Ogni decisione terapeutica deve sempre rispettare, oltre l’autodeterminazione del paziente, i principi di appropriatezza e proporzionalità

- La proporzionalità è una misura della legittimità dei trattamenti; essa va valutata sul progetto di vita della persona malata.
- La valutazione di proporzionalità del trattamento spetta alla persona malata o alla persona legalmente autorizzata a rappresentarlo o, in subordine, ricostruendo la volontà della persona malata attraverso elementi di prova sufficientemente chiari ed univoci, incluse le testimonianze delle persone a lei vicine
- La SIAARTI considera il consenso/dissenso al trattamento come una decisione maturata all’interno della relazione di cura e ritiene che tale decisione possa essere riferita a qualsiasi trattamento medico o chirurgico essendo fondata su tre riferimenti essenziali:

- *pianificazione condivisa e anticipata delle cure:*
- *fiduciario*
- *disposizioni anticipate di trattamento (DAT) elaborate dalla persona malata*

- La SIAARTI ritiene che il diritto di rifiutare un trattamento debba essere rispettato, anche nella fine della vita, nel caso in cui la persona malata chieda che vengano limitati i trattamenti divenuti sproporzionati orientando l’approccio terapeutico verso le cure palliative.
- Si sottolinea, infine, che i medici hanno il diritto di non essere soggetti a sanzioni civili o penali per aver agito in conformità con questo dovere.

Roma, 10 Maggio 2017

Dott. Luigi Riccioni
Coordinatore Gruppo di studio per la Bioetica

