



Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia  
Intensiva

Commissione Bioetica  
Coordinatore Dr. Giuseppe R. Gristina

PARERE UFFICIALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI ANESTESIA  
ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (S.I.A.A.R.T.I.)  
IN MATERIA DI FINE VITA, STATI VEGETATIVI, NUTRIZIONE E  
IDRATAZIONE

**Memoria per la Commissione Igiene e Sanità della Camera dei Deputati  
relativa alla audizione di mercoledì 7 Ottobre 2009**

I contenuti di questo documento relativi alla fine della vita, alla nutrizione artificiale e alla idratazione sono stati approvati dal Consiglio Direttivo della Società in Milano il 5 maggio 2009 e sono stati pubblicati sul sito della Società in apposite Raccomandazioni

## INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>LA FINE DELLA VITA IN TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>4</b>
<b>NUTRIZIONE ARTIFICIALE E IDRATAZIONE</b>	<b>7</b>
<b>RACCOMANDAZIONI SIAARTI SU NUTRIZIONE ARTIFICIALE E IDRATAZIONE</b>	<b>8</b>
<b>CONSIDERAZIONI GENERALI DELLA SIAARTI SULLE “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ALLEANZA TERAPEUTICA, DI CONSENSO INFORMATO E DI DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO” APPROVATE DAL SENATO NEL TESTO UNIFICATO ORA ALL’ESAME DELLA XII COMMISSIONE DEL PARLAMENTO</b>	<b>9</b>

## **PREMESSA**

Al fine di redigere in Italia una legge efficace sulle Direttive Anticipate di Trattamento, la SIAARTI ritiene fondamentale una visione quanto più possibile chiara circa i complessi aspetti clinici ed etici che attengono ai temi della fine della vita attraverso l'esplicitazione delle evidenze scientifiche disponibili.

La SIAARTI considera pertanto doveroso sottolineare fin da ora che le risposte agli interrogativi posti a tema di queste audizioni, proprio per la specificità delle conoscenze scientifiche richieste circa le materie da trattare, spettano anche alle altre Società Scientifiche – in particolare ai Collegi neurologi, nutrizionisti e palliativisti – che si è ritenuto opportuno convocare.

E' per la SIAARTI evidente che se da un lato le problematiche connesse alla speciale condizione della fine della vita trovano nei malati di Terapia Intensiva (T.I.) una cornice del tutto particolare che ne esalta la dimensione etica, dall'altro tali problematiche si differenziano nettamente da quelle sollevate dagli stati vegetativi o da altre malattie degenerative che comportano la cronica dipendenza del malato da uno o più supporti delle funzioni vitali e che prevedono figure e collocazioni assistenziali del tutto differenti dagli intensivisti e dalle T.I.

E' qui doveroso sottolineare che nel caso in cui la trattazione delle tematiche etiche proprie di queste due categorie di sofferenza fossero ricomprese in dettami di legge unici che non tenessero conto delle diversità cliniche di queste due categorie di malati e della conseguente diversità dell'approccio ai temi etici solo in teoria simili, non si offrirebbe alcuna reale comprensione delle questioni in campo rischiando di generare pericolose confusioni con tragiche ricadute sui malati.

Nel presente documento ed in linea con quanto sopra, la SIAARTI esprimerà in prima istanza una serie di considerazioni tecniche la cui definizione appare di sostanziale importanza per un corretto inquadramento scientifico dei temi etici posti a tema dell'audizione. Successivamente saranno espone le considerazioni più specifiche in merito alle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" approvata dal Senato nel testo unificato ora all'esame della XII Commissione del Parlamento.

## LA FINE DELLA VITA IN TERAPIA INTENSIVA

In termini strettamente clinici, le patologie di pertinenza intensivistica attengono in prevalenza alle severe insufficienze funzionali mono- o multiorganiche neurologiche, cardio-respiratorie o metaboliche acute o croniche riacutizzate, alle patologie insorte acutamente quali i multipli traumatismi o l'arresto cardiocircolatorio, ai post-operatori complessi legati alla chirurgia altamente demolitiva.

Tali patologie, proprio grazie allo sviluppo della ricerca biotecnologica, farmacologica e clinica, vedono oggi i malati che ne sono affetti guarire per essere restituiti dalle T.I. ad una vita da essi stessi giudicata degna di essere vissuta.

Tuttavia, in rapporto all'ineludibile processo di invecchiamento della popolazione e all'elevato grado di gravità, evolutività e irreversibilità raggiunto, quelle stesse entità nosologiche che generano i ricoveri in T.I. nel 18.7% dei casi sfuggono irrimediabilmente al tradizionale paradigma malattia-diagnosi-terapia-guarigione per collocarsi nel più appropriato contesto del processo biologico della morte.

Non si tratta più di 'malati' – concetto che sottende implicitamente la concreta probabilità di un miglioramento della qualità della vita tramite una terapia – ma di 'morenti', di esseri umani che stanno concludendo in modo ineluttabile il loro ciclo vitale\*. E' pertanto sempre più urgente poter disporre di strumenti operativi culturali e tecnici che ci permettano di garantire al 'morente' un riconoscimento ufficiale della sua peculiare condizione del tutto diversa da quella del 'malato' e, attraverso questo riconoscimento, di ridefinire funzioni, attività e compiti di ciascuna professionalità sanitaria nell'ambito di specifici ed inediti percorsi clinico-assistenziali dedicati.

In questo senso, il primo studio condotto nel nostro paese sulle scelte di trattamento dei malati giunti al termine della vita ci informa che su 3438 malati morenti studiati in 84 T.I., la *desistenza terapeutica* – sospensione o astensione dai trattamenti quando evidentemente futili – era attuata nel 62% dei casi<sup>2</sup>.

Ma i risultati dello stesso studio dicono però anche che la desistenza dalle cure intensive nei malati al termine della vita è attuata dopo periodi lunghi di trattamento massimale, più spesso nelle T.I. dove si ottengono i risultati migliori in termini di sopravvivenza mentre i centri che evidenziano uno standard di cura peggiore (mortalità più alta a parità di gravità), sono anche quelli dove più spesso si attua la prosecuzione ad oltranza dei trattamenti<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> BERTOLINI G, BOFFELLI S, Scelte in fine vita: verso un'epidemiologia delle pratiche. In: Scelte sulla vita: l'esperienza di cura nei reparti di Terapia Intensiva; a cura di G. Bertolini, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Ed. Angelo Guerini, Milano 2007

\* La SIAARTI, nelle sue Raccomandazioni del 2006 (vedi bibliografia) ha concordato di definire il malato 'morente' o 'giunto al termine della vita' come colui che, accertate la gravità e l'irreversibilità della sua malattia in base a tutte le valutazioni professionali effettuate, sta concludendo in modo ineluttabile il suo ciclo vitale e per il quale non si può prevedere alcuna capacità di arresto della progressione del suo stato clinico verso la morte.

<sup>2</sup> BERTOLINI G, BOFFELLI S, Scelte in fine vita: verso un'epidemiologia delle pratiche. In: Scelte sulla vita: l'esperienza di cura nei reparti di Terapia Intensiva; a cura di G. Bertolini, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Ed. A. Guerini, Milano 2007

Questo significa che è priva di fondamento la tesi di coloro che sostengono che la limitazione delle cure aprirà la porta al disinteresse, al cinismo e all'indifferenza degli operatori facendo delle T.I. luoghi dove si "uccidono" i malati mentre è invece vero che **Evidence Based Medicine parallels Ethics Based Medicine**.

Dietro la loro sinteticità, queste informazioni nascondono un complesso di questioni umane la cui rilevanza morale risiede nel fatto che, proprio grazie allo sviluppo della ricerca farmacologica, biotecnologica e clinica che permette oggi di salvare più vite, la morte in T.I. si può trasformare da evento puntuale in un processo teoricamente illimitato nel tempo.

Tutto ciò apre immediatamente questioni sull'esistenza di un diritto a morire, di un dovere di lasciar morire o di accompagnare a morire, sulla liceità di direttive anticipate, su cosa realmente si debba intendere per "accanimento terapeutico" o, meglio, per "futilità delle cure".

Questi temi hanno suscitato nella moderna medicina intensivistica una triplice riflessione: 1) l'evoluzione scientifica, nel suo incessante processo di definizione prima e successivo superamento poi di limiti biologici, impone un continuo riesame critico dei principi etici, mostrando che questi possono entrare in conflitto tra loro e che quasi mai esiste un principio supremo che definisce il dovere prevalente; 2) che cosa sia bene e giusto fare o non fare in termini clinico-assistenziali nei confronti dei malati morenti in T.I.; 3) se questo fare o non fare, esito pratico della riformulazione dei principi morali, debba esser sottoposto alle leggi dello stato oppure se sia possibile ammettere un'area in cui la condotta di medici e malati sia affidata prevalentemente alle regole derivanti dalle responsabilità morali di entrambi, inquadrata nella relazione di cura, piuttosto che a quelle derivanti dal diritto ("diritto mite, etica forte").

Al fine di rispondere a questi quesiti ed in accordo con quanto definito in merito a livello internazionale <sup>3,4,5,6,7</sup>, la SIAARTI nel 2003 e poi nel 2006, si è dotata di Raccomandazioni <sup>8,9</sup> le cui conclusioni, tutte in linea con il codice deontologico, possono riassumersi come segue:

- il ripudio del processo del morire segnato dalle sofferenze indotte da trattamenti giudicati ormai futili
- la consapevolezza che tali sofferenze sono evitabili tramite analgesia e sedazione alle dosi necessarie
- la negazione dell'idea, contraddittoria, per cui la morte debba intervenire in modo 'naturale' poiché in T.I. il morente è accompagnato con l'uso di apparecchiature e farmaci e perciò in modo del tutto innaturale

---

<sup>3</sup> VINCENT JL : European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire *Intensive Care Med* 1990;16:256

<sup>4</sup> THE WORLD FEDERATION OF SOCIETY OF INTENSIVE AND CRITICAL CARE MEDICINE (W.F.S.I.C.C.M.) Ethical Principles in ICU *Crit Care Med Digest* 1992;11:40

<sup>5</sup> TRUOG RD, CIST AFM, BRACKETT SE et Al Recommendations for end of life care in the ICU the Ethics Committee of Society of Critical Care Medicine (S.C.C.M.) *Crit Care Med* 2001;29:2332

<sup>6</sup> SPRUNG CL, EIDELMAN LA, PIZOV R et Al End of life practices in european ICU *JAMA* 2003;290:790

<sup>7</sup> THOMPSON BT, COX PN, ANTONELLI M et Al : Challenger in end of life in the ICU: statement of the 5th international consensus conference in critical care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary *Crit Care Med* 2004;32:100

<sup>8</sup> COMMISSIONE BIOETICA SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (S.I.A.A.R.T.I.) Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla Terapia Intensiva e per la limitazione dei trattamenti in Terapia Intensiva *Minerva Anestesiol* 2003;69:101

<sup>9</sup> COMMISSIONE BIOETICA SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (S.I.A.A.R.T.I.) Le cure di fine vita e l'anestesista-rianimatore: Raccomandazioni per l'approccio al malato morente *Minerva Anestesiol* 2006;72:927

- la consapevolezza che la desistenza terapeutica nel malato al termine della vita è un atto clinicamente appropriato, eticamente doveroso che non ha nulla a che vedere con l'eutanasia

Così, in T.I. è oggi evidente che nel contesto clinico in cui un malato giunto al termine della vita nonostante l'erogazione di un trattamento prolungato e massimale, chiede la sospensione delle cure, direttamente essendo capace o attraverso un sostituto se incapace, i dati di fatto sono:

- la liceità morale della richiesta del morente di non essere sottoposto ad ulteriori sofferenze
- l'irreversibilità del processo del morire scientificamente verificata
- il limite ampiamente sperimentato della cura e la conseguente inutilità della sua prosecuzione
- la necessità di rispettare l'autonomia del malato
- la corretta allocazione delle risorse

In sintesi, le scelte pertinenti alla fase finale della vita in T.I. si svincolano dai giudizi morali che fanno riferimento a principi universali per divenire l'irripetibile relazione umana tra medici, infermieri e malati in nome della quale fornire l'ultima risposta possibile: trasformare la terapia in cura, intesa ora come liberazione dal dolore e dalla sofferenza ed accompagnamento sereno e dignitoso alla morte, assumendo la responsabilità delle scelte finali. Oggi questo travagliato percorso culturale ha prodotto nei medici di T.I. la consapevolezza che:

- la morte, parte integrante ed ineludibile della vita, interviene a causa della malattia
- è possibile, nel rispetto del principio di autonomia del malato, sospendere o non erogare i trattamenti inutili accettando la sostanziale equivalenza etica delle due opzioni
- non esistono trattamenti ordinari o straordinari, ma solo trattamenti utili o inutili
- non ha senso parlare di *accanimento terapeutico*, contraddizione in termini che genera soltanto confusione e che invece sarebbe più appropriato parlare di *trattamenti futili*
- la sedazione palliativa in un malato che la chiede lucidamente e liberamente o tramite una direttiva anticipata per abolire la sofferenza o per interrompere trattamenti non più voluti, costituisce un atto medico clinicamente appropriato ed eticamente doveroso

Non è qui in questione il principio di beneficenza implicito nella funzione del medico, ma l'accettazione della necessità di adattare i doveri imposti dalla professione al continuo divenire della pratica medica.

Il nuovo Codice di Deontologia ha recepito questo principio <sup>10</sup> e sono proprio i medici e gli infermieri di T.I. – gli operatori sanitari che dispongono oggi della più ampia gamma di mezzi terapeutici – ad aver per primi compreso l'importanza di finalizzare la desistenza terapeutica alla semplice offerta di un aiuto ad affrontare una morte inevitabile <sup>11,12</sup>.

---

<sup>10</sup> [www.FNOMCeO.it](http://www.FNOMCeO.it), Codice di Deontologia Medica 16.12.2006. Titolo II, Capo IV, Art. 16 : Accanimento terapeutico; Art. 38: Autonomia del cittadino e Dichiarazioni Anticipate. Titolo III, Capo I, Art. 20: Rispetto dei diritti della persona; Capo V, Art. 39: Assistenza al malato a prognosi infausta

<sup>11</sup> CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI *Carta degli Operatori sanitari* 4a ed., Città del Vaticano 1995, nn. 119-124

<sup>12</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO "COR UNUM" *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e morenti* In: Patrick Verspieren S.J. *Biologia, medicina ed etica* trad. it., Queriniana, Brescia 1980, pp. 484-502.

## **NUTRIZIONE ARTIFICIALE E IDRATAZIONE**

La SIAARTI, riconosce che l'atto del nutrire coloro che non sono in grado di espletare tale funzione autonomamente, assume un alto valore simbolico di assistenza e solidarietà umana ed è pertanto ragionevole pensare che sia la natura simbolica del gesto di alimentare il vero cuore del dilemma.

In sintesi, è la negazione del cibo e dell'acqua che viene considerata inumana.

Ma proprio per risolvere il problema che oppone evidenze scientifiche a posizioni culturali in merito di nutrizione artificiale e idratazione, Truog e Cochrane hanno affermato <sup>13</sup> :

*"Noi pensiamo che nutrizione e idratazione non siano sempre eticamente obbligatorie e che, in appropriate circostanze, i malati o i loro rappresentanti siano liberi di richiedere la sospensione di ogni forma di nutrizione e idratazione come di ogni altro trattamento. Il nostro punto di vista risponde così alle obiezioni di coloro che insistono nell'affermare che nutrizione e idratazione non si possono considerare trattamenti medici; infatti, se i malati o i loro rappresentanti possono rifiutare ogni tipo di alimentazione e idratazione, la questione se esse siano o meno un intervento medico diviene di scarso rilievo, garantendo per di più una migliore aderenza alla più moderna concezione dell'etica*

---

<sup>13</sup> TRUOG RD, COCHRANE TI Refusal of Hydration and Nutrition. Irrelevance of the "Artificial" vs "Natural" Distinction Arch Intern Med. 2005;165:2574-257

*medica in merito alle tematiche della fine della vita che rispetta prima di tutto l'autonomia del malato".*

La SIAARTI considera quindi un proprio ineludibile dovere il considerare che in ambito scientifico clinico si intende per nutrizione il complesso dei processi fisiologici la cui principale finalità è quella di garantire all'organismo, attraverso l'assorbimento dei nutrienti, i substrati energetici idonei al mantenimento dei processi biochimici cellulari mentre si intende per idratazione l'apporto di acqua ed elettroliti finalizzato al mantenimento della stabilità idro-elettrolitica del milieu all'interno del quale si svolgono i processi della vita cellulare.

In questo senso, nutrizione e idratazione rientrano a tutti gli effetti tra quelli che in ambito intensivistico vengono definiti come supporti delle funzioni vitali.

Poichè l'obiettivo primario della cura intensiva è proprio quello di supportare le funzioni vitali del malato nella fase critica della sua malattia con atti terapeutici e mezzi tecnologici, la SIAARTI – anche in accordo con quanto stabilito nelle linee guida del 2005 della SINPE (*Società Italiana di Nutrizione Enterale e Parenterale*)<sup>14</sup> e delle altre federate della FeSIN (*Federazione delle Società Italiane di Nutrizione*), dell'ESPEN (*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition*)<sup>15</sup> e della ADA (*American Dietetic Association*)<sup>16</sup> – considera la somministrazione dei fluidi e della nutrizione (sia enterale che parenterale) nei malati critici come un trattamento medico che rientra nello specifico ambito delle competenze cliniche intensivistiche.

A supporto ulteriore di questa affermazione vi sono poi cinque considerazioni:

- nei malati critici l'alimentazione e l'idratazione non sono garantite nella mera forma del cibo e dell'acqua ma come composti chimici con formule definite, appropriate alla patologia, in dosaggi definiti
- per tali composti è prevista la prescrizione medica
- la scelta della via di somministrazione, sia essa venosa (alimentazione parenterale) che attraverso il tubo gastroenterico (nutrizione enterale), prevede il posizionamento di presidi quali cateteri venosi centrali, sonde nasogastriche, Percutaneous Endoscopic Gastrostomies, con tecniche invasive non scevre da possibili complicanze
- l'erogazione di nutrienti e fluidi avviene attraverso pompe peristaltiche o infusionali la cui regolazione richiede specifiche competenze anche in rapporto a possibili effetti collaterali
- per le ragioni sopra elencate la nutrizione e l'idratazione richiedono da parte del medico il rispetto della autonomia del malato o del suo rappresentante attraverso l'ottenimento di un consenso informato come qualsiasi altro atto medico terapeutico o diagnostico

Ne consegue che alimentare-idratare i malati in T.I. costituisce un'attività che ricade sotto la stretta responsabilità del medico prescrittore così come la valutazione della sua efficacia e dei suoi eventuali effetti collaterali, anche quando l'esecuzione sia rimessa al personale infermieristico.

In questo senso, in materia di nutrizione artificiale ed idratazione la SIAARTI suggerisce agli anestesisti-rianimatori italiani le seguenti Raccomandazioni :

---

<sup>14</sup> Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera RINPE 2002 ;20: S5, p. S1- S171

<sup>15</sup> 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).

<sup>16</sup> Position of the American Dietetic Association ADA: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding J Am Diet Assoc. 2008;108:873



## **RACCOMANDAZIONI SIAARTI SU NUTRIZIONE ARTIFICIALE E IDRATAZIONE**

- La nutrizione artificiale è di beneficio limitato o nullo nel malato al termine della vita
- Né la nutrizione né l'idratazione sono fisiologicamente utili se un malato al termine della vita in T.I. è adeguatamente sedato
- Nel malato al termine della vita in T.I. la nutrizione e l'idratazione dovrebbero essere sospesi a meno che non si consideri un eventuale beneficio atteso superiore al danno possibile
- In un malato profondamente sedato, nell'imminenza della morte, un trattamento infusione non influenzerà il controllo dei sintomi o il tempo di sopravvivenza
- I pazienti competenti dovrebbero avere il diritto di prendere decisioni informate circa i loro trattamenti; ovviamente il punto di vista dei familiari, le preferenze e gli stili culturali sono tenuti nel conto ma gli interessi del malato hanno la priorità
- Dopo adeguata discussione degli aspetti clinici ed etici, il malato (se in grado), la famiglia e l'équipe curante prendono insieme la decisione di interrompere la nutrizione e l'idratazione

Circa la palliazione in T.I., la SIAARTI conferma che essa viene praticata dopo adeguato e prolungato periodo di trattamento massimale quando i clinici raggiungono il convincimento, basato su ogni evidenza scientifica disponibile, dell'inutilità di proseguire le cure intensive a causa della gravità e irreversibilità della malattia.

A tale proposito si rimanda a quanto contenuto nelle apposite raccomandazioni editate dalla Commissione Bioetica della SIAARTI nel 2003 <sup>10</sup> e nel 2006 <sup>11</sup>.

## **CONSIDERAZIONI GENERALI DELLA SIAARTI SULLE “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ALLEANZA TERAPEUTICA, DI CONSENSO INFORMATO E DI DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO” APPROVATA DAL SENATO NEL TESTO UNIFICATO ORA ALL'ESAME DELLA XII COMMISSIONE DEL PARLAMENTO**

La SIAARTI ritiene che il Codice di Deontologia Medica abbia forza giuridica ed etica e sia di per sé strumento idoneo ad orientare e legittimare le decisioni assunte in un'alleanza terapeutica relativamente alle Direttive Anticipate di Trattamento (DAT).

In tal senso la SIAARTI condivide quanto contenuto nel documento redatto in merito dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in Terni in data 11 giugno 2009<sup>17</sup> alla cui stesura ha attivamente contribuito.

- Sulla materia inerente le DAT la SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo alla necessità che il Legislatore intervenga formulando un "diritto mite" che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico-professionali per legittimare e garantire la scelta giusta, nell'interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L'autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Le DAT vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.
- In tale contesto la SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo alla necessità di definire chiaramente le condizioni nelle quali le DAT assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà "capace", ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico-degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi un'incapacità ad esprimere volontà attuali.
- La SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo alla necessità che le DAT rappresentino scelte libere e consapevoli in ogni momento revocabili o aggiornabili e non debbano contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futili e sproporzionati (accanimento terapeutico).
- La SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo alla necessità che le DAT vadano attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine della quale possono essere rinnovate.
- la SIAARTI concorda con la FNOMCeO circa il fatto che – in accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica – la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.

---

<sup>17</sup> <http://www2.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showItem.2puntOT?id=66097>

- La SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo al fatto che l'individuazione della figura del "Delegato/Fiduciario", richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.
- La SIAARTI concorda con la FNOMCeO riguardo al fatto che il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, debba altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

La SIAARTI ritiene infine indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cura di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

Prof. Vito Aldo Peduto

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva  
Presidente

Dr. Giuseppe R. Gristina

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva  
Commissione Bioetica  
Coordinatore