

Aspetti bioetici della Nutrizione Artificiale

La Nutrizione Artificiale (NA) enterale o parenterale, viene prescritta quando il paziente non può mantenere un soddisfacente stato di nutrizione per impossibilità totale o parziale ad assumere gli alimenti naturali. La NA utilizza miscele di nutrienti e non alimenti.

L'indicazione alla NA è la malnutrizione in fase conclamata o il rischio elevato di sviluppare Malnutrizione Proteico-Energetica (MPE). I nutrienti sono somministrati con tecniche endoscopiche, con l'applicazione di sondini per via nasogastrica o per via stomica (gastrostomia, digiunostomia) nel caso della Nutrizione Enterale (NE) o, per la Nutrizione Parenterale (NP), inserendo cateteri, anche totalmente impiantabili, in vene periferiche, ma soprattutto centrali.

Per queste caratteristiche la NA è terapia medica, non semplice assistenza, spesso terapia indispensabile per la sopravvivenza, a volte impiegata in condizioni di difficile valutazione etica, in particolare per pazienti con patologie inguaribili in fase terminale, in fase avanzata di demenza o in stato vegetativo persistente (1-3).

Per un impiego appropriato della NA dal punto di vista clinico ed etico (principi di Bioetica) occorre tenere presente che la NA:

- È terapia medica, con specifiche indicazioni
- Non può mai rappresentare accanimento terapeutico
- I risultati da essa attesi devono essere di beneficenza per la persona, non rappresentare la semplice correzione di parametri o indici bio-umoralmente ed i benefici attesi devono essere maggiori dei rischi insiti.

I concetti elencati sono in continuo aggiornamento in rapporto sia alle potenzialità tecnologiche in continua espansione che all'impiego della NA in patologie sostanzialmente "nuove" o in passato poco diffuse (4).

Inoltre, la definizione di malato terminale ha subito un'ampia diversificazione: occorre infatti distinguere il paziente terminale per patologie acute incurabili sottoposti a terapia intensiva di supporto vitale dai pazienti per i quali non sono più previste terapie patologia-specifiche, ma è attesa una sopravvivenza anche di molti mesi. Gli stessi progressi tecnologici hanno trasformato terapie straordinarie in ordinarie, sproporzionate in proporzionate, futili ed inefficaci in non futili ed efficaci,

rendendo quindi diversamente necessaria ed efficace anche la NA (3, 5).

Pertanto la NA va prescritta, e quindi iniziata, quando vi è la ragionevole ipotesi clinica che la sopravvivenza prevista per l'evoluzione naturale della malattia sarà ridotta dalla concomitante malnutrizione secondaria all'impossibilità di assumere alimenti.

Tale decisione deve tenere conto del principio generale di rispetto dell'integrità psico-biologica del paziente: la terapia nutrizionale può infatti essere efficace a correggere un parametro funzionale (lo stato di nutrizione) ma può essere futile perché non garantisce l'individuo nella sua piena e completa identità ed etica di persona.

Esiste, quindi, come per tutte le terapie da proporre, anche per la NA la necessità di valutare sempre il rapporto rischio/beneficio prima di intraprendere tale terapia. Tale rapporto risulta più facilmente sfavorevole nel paziente demente in fase avanzata e nel paziente oncologico in fase avanzata. Nel primo caso è stata infatti dimostrata una brevissima sopravvivenza dopo un mese di terapia ed un alto rischio di complicanze (inclusa l'aumentata mortalità perioperatoria per la gastrostomia) (6). Inoltre il paziente oncologico in fase molto avanzata con grave anoressia, in genere non soffre né fame né sete (7). La nutrizione in questi casi può rappresentare addirittura un sovraccarico metabolico che non modifica né migliora la qualità della vita: si trasformerebbe quindi in un inutile accanimento. In questi casi è più utile, ai fini della qualità della vita, la buona pratica assistenziale, incluse l'igiene orale e personale, più che la NA.

Nel nostro Paese coesistono una cultura laica che assegna grande importanza ai principi di indipendenza ed autonomia del singolo individuo nello scegliere per sé ed una cultura religiosa che si ispira al principio della sacralità della vita e della sua indisponibilità basata su principi di compassione, protezione, collaborazione. Nel primo caso, analogamente ad una cultura nord americana e nord europea, si riconosce grande importanza al cosiddetto "testamento medico" o "Advanced Directives" (8) anche se le decisioni di tali testamenti sono assunte in condizioni di buona salute e quindi diverse da quelle nelle quali queste dovrebbero essere poi attuate. Nell'altro caso, la concezione dell'individuo, proposta secondo principi religiosi tende a perdere le caratteristiche di au-

tonomia ed indipendenza nelle decisioni che riguardano soprattutto la fine della vita biologica.

Anche per la NA la decisione medica deve considerare e garantire, secondo ovvi principi deontologici, le opinioni laiche o religiose del paziente. Tali approcci si confrontano oggi, sulla base del fondamento etico-giuridico dell'azione sanitaria rappresentata dal consenso informato del paziente, sul valore da dare ad eventuali direttive anticipate espresse dal paziente non in grado di esprimere attualmente le proprie scelte o testimoniate dai famigliari circa l'accettazione o il diniego delle cure proposte. La Convenzione Europea per i diritti dell' Uomo (art. 9) recepita nella normativa giuridica nazionale (Legge n° 145 del 28.03.01) promulgano tale diritto. Il Codice di deontologia medica (art. 51) afferma l'obbligo del medico di rispettare il rifiuto di nutrirsi da parte di una persona informata e consapevole.

È ritenuto doveroso definire con chiarezza i limiti di un intervento che, se prescritto, non deve essere accanimento terapeutico in quanto compatibile con un ragionevole rapporto rischio/vantaggio e, se non prescritto, non deve mai configurarsi come una negazione dei diritti umani (9).

La letteratura internazionale non esclude, secondo il principio della beneficenza in Medicina, di adottare comunque procedure compassionevoli se non sono in conflitto con le necessità primarie di altri pazienti.

Lo stato vegetativo persistente o permanente si identifica con la perdita della coscienza per una grave alterazione della struttura reticolare del tronco cerebrale o delle connessioni di questa con la corteccia. La morte encefalica è la perdita irreversibile e documentata di ogni attività sia del cervello che del tronco.

Per convenzione, in letteratura internazionale, lo stato vegetativo persistente diventa permanente (e quindi irreversibile) dopo 3 mesi, se secondario a patologia non traumatica, e dopo 12 mesi, se secondario a patologia traumatica.

La sospensione delle cure, e quindi anche della NA, nello stato vegetativo permanente, non è attualmente legiferata nel nostro Paese. In questi casi occorre tenere conto, quando possibile, della volontà espressa, dal pa-

ziente o dal suo tutore (come è stato di recente riconosciuto da sentenze giudiziarie) ed esprimersi se la NA sia terapia non futile ed efficace: in altre parole, se è di beneficio per l'intero organismo e quindi per la persona, o soltanto per il mantenimento di una funzione biologica in un soggetto che ha perso gli elementi personologici fondamentali (10).

La necessità di praticare la NA aumenterà sempre più negli ammalati, anche in condizioni cliniche di difficile valutazione; di qui la necessità di riconoscere centri specialistici qualificati su tutto il territorio nazionale, per assicurare l'appropriatezza di impiego delle risorse disponibili, onde evitarne un uso improprio e per garantire uguali diritti alla salute per tutti i cittadini.

Nei casi clinici dubbi, nel rispetto del principio di beneficenza, è opportuno un parere collegiale del medico nutrizionista, dello specialista della malattia di base e del medico curante da comunicare ai familiari e/o ai rappresentanti legali del paziente. Per i casi più difficili da dirimere, si potrà ricorrere al Comitato Etico dell'Ospedale.

Raccomandazioni pratiche

- 1) La NA è terapia medica, non semplice assistenza.
- 2) La NA ha specifiche indicazioni, anche in medicina palliativa, per le quali deve essere garantita a tutti da Centri specializzati; non può mai diventare accanimento terapeutico.
- 3) La NA, soprattutto nel malato terminale, richiede la periodica valutazione del rapporto rischio/beneficio.
- 4) Nello stato vegetativo persistente, va considerata se di reale beneficio per l'intero organismo e non perché efficace al mantenimento di una funzione biologica.
- 5) La NA, nei casi clinici dubbi, può essere prescritta o controindicata, sentito il parere collegiale del medico nutrizionista, dello specialista e del medico di base; eventualmente si può interpellare il Comitato Etico Ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

1. Mac Fie J. Ethical and legal considerations in the provision of the nutritional support to the perioperative patient. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2000; 3: 23-9.
2. Rabeneck L, Mc Cullough LB, Wray N. Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Lancet* 1997; 349: 496-8.
3. Bozzetti F. In tema di Bioetica della Nutrizione Artificiale del malato incurabile (editoriale). *RINPE* 1999; 17 (3): 151-4.
4. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR, Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Int Med* 1990; 112: 949-54.
5. Mazzon D, Barbisan C, Simini G. Questioni bioetiche in Nutrizione Artificiale. *RINPE* 1999; 17 (3): 117-25.
6. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia, a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282 (14): 1365-70.
7. Mc Cann RM, Hall WJ, Groth Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272 (16): 1263-6.
8. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000; 356: 1672-6.
9. Contaldo F, Pasanisi F. Appropriate use of (home) artificial nutrition: ethical implications. *Clinical Nutrition* 2001; 20 (suppl 2): S35-8.
10. Nutrizione Artificiale ed Idratazione in condizioni di Stato Vegetativo Permanente, Ministero della Sanità, Servizi Studi e Documentazione, Ufficio I, Maggio 2001.