



disponibile su [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: [www.elsevier.com/locate/itjm](http://www.elsevier.com/locate/itjm)



BIOETICA

## Nutrizione artificiale e aspetti di bioetica: terapia medica o assistenza di base?

*Artificial nutrition and bioethics issues:  
medical therapy or basic assistance?*

Carlo Lesi\*, Maria T. Fabozzi, Luca Valeriani, Luisa Zoni

UOC Dietologia e Nutrizione Clinica (Direttore: dott. C. Lesi), AUSL di Bologna

Ricevuto l'11 agosto 2009; accettato l'1 settembre 2009  
disponibile online il 18 febbraio 2010

### KEYWORDS

Bioethics;  
Artificial nutrition;  
Enteral nutrition;  
Malnutrition;  
Parenteral nutrition.

### Abstract

**Background:** Artificial nutrition provides nutrients artificially to those patients who cannot take food by mouth because of their pathological condition. Artificial nutrition is the therapeutical approach in case of protein-energy malnutrition, which is secondary to many conditions which do not allow to take food by mouth. In the last years the use of artificial nutrition has increased, both in hospitals and in the territory, because of the improvement of techniques and of the increasing knowledge of doctors and people and an increasing number of conditions benefit from it. In a temporary or permanent way, artificial nutrition sets important bioethical issues, as it substitutes the function deficit of the gastroenteric system, which is in charge of natural food intake. It is understandable that in human conscience and culture, food and drinking are very strictly related to life more than any other vital function. This concept is stressed by the phrase: "Give drink to the thirsty and food to the starving", that influences the Christian western culture we live in.

**Materials and methods:** The main documents produced by laymen, Italian Catholic Religion institutions, and scientific societies and the medical ethical code have been analyzed with particular attention to whether artificial nutrition should be considered as a medical therapy or as basic assistance, together with the different ethical consequences on its suspension.

**Conclusions:** Even if the doctor is not a specialist of the field and he has to deal with patients subject to artificial nutrition, he must be aware of the bioethical issues that this technique involves, in order to use it in the best way and to develop his own opinion towards it. The review of the documents presented here cannot be considered to be exhaustive, as this topic continuously evolves.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

\* Corrispondenza: Carlo Lesi, via Mondolfo 7 - 40139 Bologna.  
E-mail: [carlo.lesi@ausl.bo.it](mailto:carlo.lesi@ausl.bo.it), [carlo.lesi@alice.it](mailto:carlo.lesi@alice.it) (C. Lesi).

## Abbreviazioni usate nel testo

CP	= Cure palliative
MPE	= Malnutrizione proteico-energetica
NA	= Nutrizione artificiale
NAD	= Nutrizione artificiale domiciliare
NE	= Nutrizione enterale
NP	= Nutrizione parenterale
PEG	= Gastrostomia endoscopica percutanea
SINPE	= Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale
SNG	= Sonda nasogastrica
SVP	= Stato vegetativo permanente/persistente

## Introduzione

La NA fornisce nutrienti per via artificiale a pazienti che, a causa della loro patologia, non sono in grado di assumere alimenti per os. La NA è la terapia della MPE secondaria a numerose patologie che non consentono l'assunzione di alimenti per os. La MPE viene anche definita una "malattia nella malattia", perché ne aggrava la prognosi.

La NA è enterale (NE) quando si utilizza l'apparato gastroenterico mediante l'infusione dei nutrienti per sonda o stomia; tramite SNG quando si prevede una terapia di durata inferiore a 30-40 giorni oppure per gastrostomia (PEG mediante manovra endoscopica) o digiunostomia (manovra chirurgica) se la durata è superiore a 30-40 giorni. In questi ultimi casi il paziente non ha alcun accesso visibile per la sua terapia, il suo volto è integro e può svolgere una normale vita di relazione.

La NA è considerata parenterale (NP) – mediante infusione di nutrienti in sacca con catetere posizionato in una

vena periferica o centrale – quando non è possibile utilizzare l'apparato gastroenterico. Sono disponibili anche cateteri venosi centrali sottocutanei tunnellizzati per la NP di lunga durata, con vantaggi sul piano della vita sociale. Sono possibili condizioni di nutrizione mista, seppure non comuni.

La NA pone importanti problemi di bioetica perché sostituisce in modo temporaneo o permanente il deficit di funzione dell'apparato gastroenterico preposto all'alimentazione naturale. È comprensibile che nella coscienza e cultura umana l'alimentazione e l'idratazione siano intimamente collegate alla vita più di ogni altra funzione vitale: concetto suffragato dal monito "Dar da bere agli assetati e dar da mangiare agli affamati" che permea la cultura cristiana occidentale della società in cui viviamo.

Per bioetica s'intende "l'indagine speculativa su problemi morali ed etici sollevati in campo medico o biologico da interventi o esperimenti che coinvolgono più o meno direttamente la vita umana o anche animale" [1].

Scopo dell'articolo è proporre una rassegna dei principali documenti che le istituzioni laiche italiane e della religione cattolica, le società scientifiche e l'Ordine dei Medici hanno presentato sulla materia, con particolare riferimento al seguente quesito: se la NA debba essere considerata terapia medica o assistenza di base, con conseguenze etiche differenti sulla sua sospensione. Così, anche il medico non specialista del settore, che viene in contatto con pazienti in NA, può approfondire le problematiche bioetiche che tale tecnica comporta, per favorirne un uso più oculato possibile e per farsi una propria opinione in merito. La rassegna dei documenti non intende essere esaustiva, trattandosi di materia in continuo divenire.

La *tabella 1* elenca i documenti esaminati nella rassegna

**Tabella 1** Documenti esaminati nella rassegna.

Istituzione/Società scientifica	Titolo del documento	Anno
Repubblica Italiana	Costituzione della Repubblica Italiana	1948
Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari	Carta degli Operatori Sanitari	1995
Consiglio d'Europa	Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina	1997 Oviedo (Spagna) Condivisa dall'Italia dal 2001
Ministero della Sanità, Direzione Generale degli Studi, della Documentazione Sanitaria e della Comunicazione ai Cittadini	La natura dell'idratazione e della nutrizione e il ruolo dei medici	2001
Comitato Nazionale di Bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri	L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente	2005
Società Italiana di Cure Palliative	Documento sulle direttive anticipate elaborato dal gruppo di studio su cultura ed etica al termine della vita	2006
FNOMCeO	Codice di deontologia medica	2007
ADI-Ordine dei Medici della provincia di Terni	Documento della nutrizione artificiale	2007
SINPE	Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale	2007
Congregazione per la Dottrina della Fede	Pronuncia	Settembre 2007

## Documenti

### Consiglio d'Europa: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, Oviedo (1997) [2]

La Convenzione di Oviedo, voluta dal Consiglio d'Europa, o "Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina", promulgata nel 1997, ha recepito il concetto della libertà dell'individuo di decidere delle proprie cure. I membri della Convenzione hanno chiesto a tutti i Paesi europei di accettarla e ratificarla: l'Italia la condivide dal 2001 ma, di fatto, non è operativa.

La Convenzione di Oviedo rappresenta una grande opportunità. Affronta, tra i tanti, un problema delicato, ovvero chi dovrà decidere se prolungare o no una terapia per la persona che arriva alla fine dei suoi giorni senza la capacità di intendere e volere. All'art. 9 recita: "I desideri precedentemente espressi, a proposito di un intervento medico, da parte di un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione". Si esprimeva già a favore di quello che oggi definiamo "testamento biologico" o "direttive anticipate di trattamento", specificando comunque la necessità di una valutazione delle stesse in riferimento alla congruità con le attuali condizioni cliniche e disponibilità terapeutiche.

Quella sopra riportata è una decisione delicata e controversa per cui nei casi dubbi è opportuno ricorrere a un collegio medico per valutare se si tratti di eccesso di cure o di terapie ordinarie. Al riguardo viene proposta la figura del tutore biologico o fiduciario, figura non ancora presente nell'ordinamento giuridico del nostro Paese, come peraltro il testamento biologico [3].

Fra l'altro, all'art. 6, detta Convenzione affrontava il problema spinoso del soggetto portatore di handicap: "A causa di un handicap mentale, o per un motivo simile, se un maggiorenne non ha la capacità di dare un consenso all'intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, dell'autorità o di persona o tutore designato dalla legge".

Nell'intervento medico di cui all'art. 9 della Convenzione di Oviedo rientra, secondo alcuni studiosi, anche la NA.

### Costituzione della Repubblica Italiana (1948) [4]

A onor del vero già la nostra Costituzione (1948) tutelava, con l'art. 32, la scelta del paziente in materia sanitaria: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

### Ministero della Sanità, Direzione Generale degli Studi, della Documentazione Sanitaria e della Comunicazione ai Cittadini. La natura dell'idratazione e della nutrizione e il ruolo dei medici (2001) [5]

Nel maggio 2001 la Direzione Generale degli Studi, della Documentazione Sanitaria e della Comunicazione ai Cittadini, voluta dall'allora Ministro alla Salute Veronesi, licenziò un documento sulla "natura dell'idratazione e della nutrizione e il ruolo dei medici" in cui si affermava: "Nell'idratazione e nutrizione artificiale in individui in stato vegetativo permanente (SVP) viene somministrato un nutrimento come composto chimico che 'solo medici' possono prescrivere e che 'solo medici' sono in grado di introdurre nel corpo attraverso una sonda naso-gastrica o altra modalità e che 'solo medici' possono controllare nel suo andamento, anche ove l'esecuzione venga rimessa a personale infermieristico o altro [...] L'alimentazione e l'idratazione in queste circostanze perdono i connotati di atto di sostentamento doveroso e acquistano quello di trattamento in senso ampio".

Lo SVP si identifica con la perdita della coscienza per un'alterazione riguardante le strutture reticolari cerebrali, la corteccia o la comunicazione tra queste due strutture. Si perde la coscienza, ma non le funzioni vegetative come i riflessi di ammiccamento ecc., il che lo fa differire dalla morte cerebrale in cui la vita viene mantenuta artificialmente. La difficoltà maggiore non è riconoscere uno stato vegetativo, ma pronunciarsi su sua irreversibilità.

Le conclusioni e le raccomandazioni furono che vista:

- la centralità della volontà del diretto interessato per ogni decisione che riguardi la salute, il corpo e la vita dello stesso;
  - la riaffermazione anche per gli individui in SVP della necessità di considerare criterio orientativo le volontà precedentemente espresse come "direttive anticipate";
  - la necessità di avere un rappresentante legale che sia il tutore delle decisioni prese dall'interessato;
  - la natura di trattamento medico dell'idratazione e della nutrizione di individui in SVP e la necessità di valutare tale trattamento secondo i parametri etici e giuridici che governano i trattamenti medici;
- detto gruppo di lavoro riteneva che già allo stato coevo della legislazione (2001) fossero possibili decisioni, in ordine all'idratazione e alla NA degli individui in SVP, comportanti la legittima interruzione di tali trattamenti medici, purché si rispettassero alcune precauzioni particolari aggiuntive dettate anche dalle legittime preoccupazioni e dai sentimenti presenti tra i familiari e nella società. Fu quindi proposto che:
- lo SVP debba essere accertato da una istituenda Commissione medica;
  - l'idratazione e la nutrizione artificiale dell'individuo in SVP accertato possano essere interrotte dopo che la Commissione abbia accertato una condizione di irreversibilità non facile da stabilire;
  - su ogni proposta di sospensione dell'idratazione e della nutrizione artificiale la Commissione medica debba esprimere il proprio parere;
  - la procedura di autorizzazione del tutore sia applicata secondo le norme che regolano gli atti di straordinaria amministrazione.

Tale documento è ritenuto da alcuni esperti della materia molto equilibrato e rispettoso di ogni volontà, sia laica sia religiosa. Vengono tutelati il paziente, i familiari e la società attraverso il ruolo attivo della classe professionale medica, che opera attraverso una Commissione medica evitando il giudizio del singolo professionista. Numerosi sono i riferimenti alla Convenzione di Oviedo [6].

Il documento fu redatto alla fine di una legislatura senza avere seguito nella successiva.

### **Comitato Nazionale di Bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente (2005) [7]**

Più contrastato, invece, fu il parere finale del Consiglio Nazionale di Bioetica del 30 settembre 2005.

Si riportano alcuni concetti importanti espressi nel documento:

- la vita umana è un valore indisponibile, sempre;
- è arbitrario distinguere tra vita degna e non degna di essere vissuta;
- idratazione e nutrizione nello SVP sono sostentamento vitale di base;
- è lecito eticamente e giuridicamente la loro sospensione quando si realizzi un autentico accanimento terapeutico;
- la sospensione non è lecita se viene effettuata non sulla base delle effettive esigenze delle persone interessate, ma su percezioni di altri sulla qualità di vita del paziente;
- il medico potrebbe accedere alla richiesta di sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione se presente nelle "dichiarazioni anticipate", anche se esiste la grande difficoltà (psicologica e umana) di lasciar morire il paziente per inedia;
- ad avviso dei medici del Comitato che hanno sottoscritto il documento, tale richiesta si configura come vera e propria "eutanasia omissiva", omologabile sia eticamente sia giuridicamente a un intervento di "eutanasia attiva" illecito sotto ogni profilo.

Si giunse, infatti, a un parere di maggioranza e a uno di minoranza.

Il parere di maggioranza sosteneva, in sintesi, che la nutrizione e l'idratazione sono atti dovuti eticamente, deontologicamente e giuridicamente in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere. Le procedure assistenziali non costituiscono atti medici solo perché messe in atto inizialmente e monitorate periodicamente da operatori sanitari. Che il nutrimento sia fornito attraverso un tubo o uno stoma non rende l'acqua o il cibo un preparato artificiale, analogamente alla deambulazione che non diviene artificiale quando il paziente si serve di una protesi. Nella misura in cui un organismo ne tragga obiettivo beneficio, nutrizione e idratazione artificiali costituiscono forme di assistenza ordinaria di base e proporzionata. La sospensione di tali pratiche va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico, ma come una forma di abbandono del malato. Non sussistono invece dubbi sulla doverosità etica della sospensione della NA nell'ipotesi in cui, nell'imminenza della morte, l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite.

Il parere di minoranza sosteneva, invece, che è tendenza ormai costante nella comunità scientifica nazionale e internazionale ritenere l'alimentazione e l'idratazione artificiali un trattamento medico a ogni effetto, al pari di altri trattamenti di sostegno vitale come la ventilazione meccanica. Non sono cibo e acqua a essere somministrati, bensì composti chimici, soluzioni e preparati che implicano procedure tecnologiche e saperi scientifici; le modalità di somministrazione non sono equiparabili al fornire acqua e cibo a persone incapaci di procurarseli autonomamente (come bambini, anziani malati).

### **FNOMCeO. Codice di deontologia medica (2007) [8]**

Anche se non entra nello specifico della NA, anche il Codice di deontologia medica affronta in alcuni suoi articoli le problematiche inerenti il consenso del paziente nei confronti di "atti diagnostici e curativi" e il rifiuto alla nutrizione. Ciò dimostra che tali problematiche sono avvertite dalla classe medica.

- *Art. 16.* "Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita."
- *Art. 35, comma 4 (consenso).* "In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto della persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente."
- *Art. 39.* "In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita e della dignità della persona. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile, evitando ogni forma di accanimento terapeutico."
- *Art. 53 (rifiuto della nutrizione).* "Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla".

### **ADI-Ordine dei Medici della provincia di Terni. Documento della nutrizione artificiale (2007) [9]**

In collaborazione con l'ordine dei Medici della provincia di Terni, l'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione

Clinica) ha elaborato un documento condiviso che prende in esame gli aspetti tecnico-scientifici ed etico-deontologici della NA alla luce delle norme codicistiche, utilizzando la forma del commento breve agli articoli del Codice deontologico ritenuti fondamentali e più "calzanti" alla NA. Il documento è stato presentato a Terni in un convegno svoltosi il 9 maggio 2007.

Un commento sintetizza il pensiero della Società: "Il connotato di trattamento terapeutico ormai riconosciuto alla NA implica, così come è stato prospettato nel documento ADI-Ordine dei Medici della provincia di Terni, che la sua attuazione avvenga nel pieno rispetto degli indirizzi deontologici il cui valore di linea guida di comportamento non deve essere sottovalutato".

Il documento, recepito da 21 Ordini dei Medici, prosegue affermando: "Non vi è dubbio che quando la NA non sia trattamento transeunte necessario a superare situazioni cliniche 'critiche', ma si collochi invece nel contesto più complesso della 'medicina palliativa' e di 'fine vita', si prospettano temi complessi che riguardano il rispetto della volontà del malato e la sua autonomia decisionale ovvero il ruolo che il medico deve assumere nei casi in cui tale autonomia venga meno per le conseguenze della patologia di fondo".

### **Società Italiana di Cure Palliative. Documento sulle direttive anticipate elaborato dal gruppo di studio su cultura ed etica al termine della vita (2006) [10]**

Secondo le definizioni internazionali, la terminalità è riferita agli ultimi 3-6 mesi di vita. L'obiettivo fondamentale delle CP è il miglioramento della qualità di vita residua sino alla morte. Secondo la classica definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Le CP sono rappresentate dall'insieme di interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle CP è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia".

In tale contesto la NA non assume un ruolo significativo, sia perché non incide più sul decorso della malattia sia perché nel caso del malato in stato vegetativo o terminale in fase avanzata sono assenti il senso della fame, della sazietà e della sete [3].

### **SINPE. Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale (2007) [11]**

La NA va ritenuta a tutti gli effetti un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo nei confronti della MPE. La NA non è considerata una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare un malato non autosufficiente).

Come tutti i trattamenti medici la NA ha indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati. La sua attuazione prevede il consenso informato del malato o di persona da lui

delegata a tale scopo quando si trova nel pieno possesso delle sue facoltà mentali, secondo le norme del Codice deontologico.

La NA è praticata in ospedale e a domicilio (NAD) se le condizioni clinico-metaboliche del malato ne consentono la prosecuzione nel tempo. La NA è impiegata nell'ambito di cure riservate a pazienti con patologie spesso assai differenti fra di loro, per cui appaiono necessarie alcune precisazioni che possono contribuire a collocare in modo adeguato tale procedura terapeutica e a comprenderne il ruolo.

- La NA possiede valenza di trattamento sostitutivo (come per esempio la ventilazione meccanica o la dialisi); in altre parole, si tratta di una tecnica che tende a sostituire in modo temporaneo o permanente il deficit di funzione dell'apparato gastroenterico preposto a un'attività complessa come l'alimentazione naturale, quando è compromessa in tutto o in parte nelle sue funzioni a causa di una sottostante malattia. Un deficit anche parziale di una o più di tali funzioni della durata prevista superiore a 7 giorni costituisce di per sé indicazione alla NA.
- La NA non è da considerarsi una terapia eziologica (come la terapia antibiotica, quella antivirale, la chemioterapia ecc.). La NA non è, infatti, in grado di influire sulle cause di una malattia, ma sulle sue conseguenze cliniche, in particolare prevenendo o trattando la MPE oppure riducendo gli effetti negativi dell'ipermetabolismo.
- La NA non è da considerarsi terapia sintomatica (come la terapia analgesica o antipiretica) poiché non rimuove un sintomo ma si sostituisce al deficit di funzione che ha originato il sintomo stesso.
- La NA non è definibile come terapia palliativa. Tuttavia la NA, in quanto trattamento sostitutivo dell'alimentazione naturale, può trovare indicazione nell'ambito di un programma di CP, accanto ad altri provvedimenti medici (sedazione del dolore, della tosse ecc.) e non medici riservati a pazienti in cui non vi sia più possibilità di attuare trattamenti curativi della malattia di base. Anche in questo ambito si ritiene che la NA si configuri come trattamento medico.

Il documento della SINPE considera, inoltre, le problematiche associate alla NA di lunga durata.

- La NA è un trattamento medico sostitutivo che può assicurare la sopravvivenza nel tempo utilizzando tecniche a costo contenuto. Ne possono usufruire pazienti anche al loro domicilio (NAD) e per lunghi periodi di tempo (NA di lunga durata).
- La NA è efficace nel prolungare la sopravvivenza di pazienti la cui prognosi dipende in modo significativo dalla possibile insorgenza di malnutrizione se non prevenuta a causa della preclusa o insufficiente alimentazione per via naturale, come avviene nelle persone che hanno subito un'ampia asportazione dell'intestino (pazienti con sindrome dell'intestino corto). In questi soggetti la NA va considerata come vera e propria terapia "salvavita".
- Esistono poi condizioni cliniche in cui il malato è incurabile per la sua patologia di base, per esempio pazienti con malattia oncologica in fase avanzata: in tali casi, assai frequenti, la NA può trovare comunque indicazione nell'ambito di un programma di CP.
- La letteratura internazionale è concorde nel ritenere indicata la NA nel malato oncologico in fase avanzata quando l'attesa di sopravvivenza è di almeno 3 mesi. La

convenzione internazionale che identifica in 3 mesi il periodo minimo di sopravvivenza affinché possa essere instaurata la NA trae origine dall'osservazione empirica per cui la sopravvivenza in condizioni di digiuno assoluto non supera mai 7-8 settimane di vita.

- Nel malato incurabile preagonico o con attesa di sopravvivenza di pochi giorni o settimane la NA non è indicata. In tali pazienti il senso di fame e di sete è assente e l'intervento medico deve mirare prevalentemente a eliminare o controllare i sintomi.
- Vi sono infine altre malattie non oncologiche in cui la NA può mantenere in vita il malato per un tempo superiore alla storia naturale della malattia. Si tratta di tutte quelle patologie neurologiche (per esempio malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, stati di coma post-trauma ecc.) caratterizzate da uno SVP.
- Nelle ultime due tipologie di pazienti (oncologici e neurologici) la NA, come la ventilazione assistita o altri trattamenti sostitutivi, scivolano verso l'accanimento terapeutico quando la loro prescrizione mantiene in vita una persona senza la benché minima persistenza dell'unità biopsichica del soggetto. In queste condizioni la decisione sull'opportunità di instaurare, continuare o sospendere tali trattamenti – come ogni altro trattamento medico – avviene da parte o di un medico esperto che assiste da lungo tempo il paziente o, ancora meglio, da parte di un'équipe medica che tenga conto del volere del paziente se cosciente o si rifaccia alle sue pregresse volontà espresse a voce o meglio in un testamento biologico se incosciente. Tali valutazioni molto delicate e complesse non vanno trasferite ad altri ambiti.
- In tutte le condizioni in cui la decisione di continuare o no la NA di lunga durata preveda come punto fondamentale la valutazione dell'attesa di sopravvivenza, che notoriamente risente di una significativa variabilità interindividuale, sarà opportuna una decisione medica caso per caso, che dovrebbe essere adottata in maniera collegiale, sentito eventualmente anche il Comitato Etico di competenza.

Si riportano due pronunciamenti della Chiesa Cattolica Italiana che ha un ruolo altrettanto importante di quello scientifico nell'incidere sulla morale e sulla coscienza della popolazione italiana. A distanza di molti anni viene ribadita la sacralità della vita.

### **Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Carta degli Operatori Sanitari (1995) [12]**

Consapevole di non essere "né il signore della vita, né il conquistatore della morte", l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, "deve fare le opportune scelte, cioè rapportarsi al paziente e lasciarsi determinare dalle sue reali condizioni".

Egli applica qui il principio della "proporzionalità nelle cure", che viene così a precisarsi: "Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non

ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo".

L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia.

### **Congregazione per la Dottrina della Fede. Pronuncia del 14 settembre 2007 [13]**

Si ribadisce che lo stato vegetativo è vita e come tale va conservata anche se dura a lungo (il riferimento è alla vicenda di Terry Schiavo). È obbligatorio nutrire anche chi è in coma e non può alimentarsi autonomamente; non si tratta di accanimento terapeutico, ma di cure ordinarie e proporzionate.

Tre sono i casi eccezionali che ammettono deroga alla regola generale:

- qualora sia impossibile nutrire il paziente artificialmente;
- qualora il paziente non assorba cibo e liquidi;
- qualora l'alimentazione e l'idratazione comportino al paziente rilevante disagio fisico.

### **Conclusioni**

I documenti segnalati poggiano su due visioni diverse della vita: da un lato, la bioetica laica incentrata sulla qualità e sull'autodeterminazione razionale della vita che permea in prevalenza la scienza; dall'altro, la visione cattolica incentrata sul senso della vita in accordo con la concezione creazionistica da cui scaturiscono l'indisponibilità e l'inviolabilità della medesima. Di qui le differenti opinioni nei confronti della NA e di una sua eventuale sospensione.

Sarà solo grazie alla ricerca dei punti di contatto da parte degli studiosi più illuminati che si potranno superare le differenze esistenti. Si auspica che in tal modo le istituzioni laiche, anche con il contributo di quelle religiose, possano offrire al paziente e ai suoi parenti strumenti riconosciuti legalmente in tutto il territorio nazionale per decidere, a tempo debito, se in circostanze di pericolo per la vita intendano o non intendano avvalersi dell'applicazione su se stessi di tecniche in grado, per esempio, di prolungare uno stato vegetativo o di coma. Verrebbe così tutelato anche l'operato del medico di fronte alle scelte già compiute dal paziente, scelte che il professionista è tenuto a rispettare.

### **Conflitto di interesse**

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto d'interesse.

### **Bibliografia**

- [1] Devoto G, Oli GC. Vocabolario della lingua italiana. Firenze: Le Monnier; 2007.
- [2] Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina. STCE n. 164. 4 aprile 1997. Oviedo (Spagna).

- [http://salute.aduc.it/staminali/documento/oviedo+convenzione+protezione+dei+diritti+dell'uomo\\_3606.php](http://salute.aduc.it/staminali/documento/oviedo+convenzione+protezione+dei+diritti+dell'uomo_3606.php)
- [3] Contaldo F, Orciuoli R, Santarpia L. Considerazioni cliniche sul dibattito bioetico relativo alla nutrizione artificiale. Atti del Convegno "Nuove Frontiere nella Nutrizione Clinica". Levico Terme (TN), 13-14 settembre 2007:173-7.
- [4] Costituzione della Repubblica Italiana. 1° gennaio 1948.
- [5] Ministero della Sanità, Direzione Generale degli Studi, della Documentazione Sanitaria e della Comunicazione ai Cittadini. La natura dell'idratazione e della nutrizione e il ruolo dei medici. 2001.
- [6] Contaldo F. La nutrizione ai confini della vita. Napoli: Guida; 2006.
- [7] Comitato Nazionale di Bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente. Testo e note aggiuntive al testo approvato nella seduta plenaria del 30 settembre 2005. <http://www.governo.it/bioetica/pareri.html>
- [8] FNOMCeO. Codice di deontologia medica. La Professione 2007; 0:47-71.
- [9] Amerio ML, Bacci M, Brunetti F, Caretto A, Casali L, Coaccioli S, et al., ADI-Ordine dei Medici della provincia di Terni. Documento della nutrizione artificiale. Attualità in Dietetica e Nutrizione Clinica 2009;1:32-6.
- [10] Società Italiana di Cure Palliative. Documento sulle direttive anticipate elaborato dal gruppo di studio su cultura ed etica al termine della vita. 9 novembre 2006. [www.sicp.it/documenti\\_publici/documenti\\_sicp/Direttive\\_Anticipate.pdf](http://www.sicp.it/documenti_publici/documenti_sicp/Direttive_Anticipate.pdf)
- [11] Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale. Documento elaborato dal Consiglio Direttivo e dalla Commissione di Bioetica SINPE. Nutritional Therapy and Metabolism SINPE News 2007; 25:2-9.
- [12] Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Carta degli Operatori Sanitari 1995; 120:238-9.
- [13] Congregazione per la Dottrina della Fede. Pronuncia del 14 settembre 2007.