



SOCIETA' ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA
E DEI SERVIZI FARMACEUTICI DELLE AZIENDE SANITARIE

Formazione residenziale a carattere regionale
a cura della Area NC e Sezione Regionale Lombardia

Problemi etici nella nutrizione artificiale

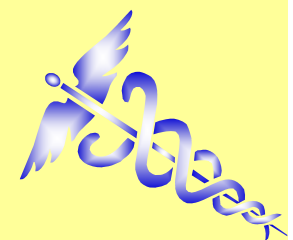
dr. Virginio Bonito

Triuggio 8 maggio 2014 - Corso formazione SINPE
Problemi etici nella nutrizione artificiale
Proviamo a raccontare alcune storie ...

PAOLA 73 aa. Ictus emorragico devastante – Afasia – Degente in RSA. I figli si oppongono alla NIA – Gli Infermieri si chiedono perché accettare questa decisione ...

ANNA 74 aa. Dissecazione aortica con grave encefalopatia post anossica per gli infermieri era difficile entrare in quella stanza: la VMI + dialisi + NIA erano troppo ...

MATTIA 38 aa. Anoressia dai 14 aa. Tre TSO per NIA. Con la famiglia decide di rifiutare un nuovo TSO e con il parere dello psichiatra ottiene il ricovero in Hospice ...



Le malattie neurodegenerative sono "potenzialmente mortali"

- Causa sconosciuta (etiologia multifattoriale).
- Graduale perdita di specifiche popolazioni di neuroni.
- Deficit precoce e lentamente progressivo .
- Malattie croniche curabili ma non guaribili.

Potenzialmente mortali.

- Le cure palliative possono anche prolungare la vita.



Le malattie neurodegenerative sono "potenzialmente mortali"

- Disfagia
- Paralisi respiratoria e deficit di tosse

Per entrambi questi meccanismi esiste un rimedio efficace: la nutrizione e la ventilazione artificiale possono prolungare la vita anche per anni.

Il morire può dipendere dalla decisione (del malato o del medico) di non iniziare o sospendere le cure.

Problemi etici nella nutrizione artificiale

Sommario

A) La NA è appropriata ?

- In caso di malattia terminale.
- In caso di stato vegetativo.
- In caso di demenza.

B) Possiamo permettere che sia il paziente a decidere ?

- In caso di rifiuto della persona capace.
- In caso di rifiuto anticipato.

Il documento SINPE (gennaio 2007) "Il malato oncologico terminale"

La letteratura internazionale è concorde nel ritenere indicata la NA nel malato oncologico in fase avanzata quando vi è un'attesa di sopravvivenza di almeno tre mesi. La convenzione internazionale che identifica in tre mesi il periodo minimo di sopravvivenza perché possa essere instaurata la NA nasce dall'osservazione empirica che 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 di norma indicata: in tali pazienti è assente il senso della fame o della sete e l'intervento medico deve mirare prevalentemente ad eliminare o controllare i sintomi.



Is there a role for hydration at the end of life ?

(Dalal S, Curr Opin Supp Palliat Care, 2009; 3: 72-78)

Quesito: la disidratazione provoca sintomi che la reidratazione può alleviare ?
(sensazione di sete, *fatigue*, *delirium*, neurotossicità indotta da oppioidi [OIN], mioclonie, sedazione/sopore, allucinazioni) .

- **Studi contrastanti** sull'associazione fra sintomi e presenza del deficit di fluidi. Alcuni studi positivi (Faisinger 1994, Ripamonti 1996, Stone 1993) , altri negativi il carico sintomatologico complessivo è non correlato allo stato di idratazione (Burge 1993, Mc Cann 1994).
- Basse quantità di liquidi (<1000 cc) sono ben tollerate (Morita 2004 e 2005)
- Stessi sintomi dovuti possibilmente ad altre cause: malattia, farmaci, cachessia, insufficienza SNA.
- Attenzione al sovraccarico di liquidi: congestione respiratoria, secrezioni bronchiali, versamento pleurico, ascite.



Is there a role for hydration at the end of life ?

(Dalal S, Curr Opin Supp Palliat Care, 2009; 3: 72-78)

Table 1 Hydration debate

Arguments for hydration

Provides a basic human need
Provides comfort and prevents uncomfortable symptoms: confusion, agitation, and neuromuscular irritability
Prevents complications (e.g., neurotoxicity with high-dose narcotics)
Relieves thirst, recognized as a sign of fluid needs
Does not prolong life to any meaningful degree
Allows providers to continue their efforts to find ways to improve comfort and life quality, despite the perception of a poor quality of life
Provides minimum standards of care; not doing so would break a bond with the patient
May set a precedent to withhold therapies from other patients who are compromised

Arguments against hydration

Interferes with acceptance of the terminal condition
Intravenous therapy is painful and intrusive
Prolongs suffering and the dying process
Unnecessary as unconscious patients do not experience uncomfortable symptoms, such as pain or thirst
Less urine output means less need for bed pan, urinal, commode, or catheter
Less fluid in the gastrointestinal tract and less vomiting
Less pulmonary secretions and less cough, choking, and congestion
Minimizes edema and ascites
Ketones and other metabolic byproducts in dehydration act as natural anesthetics for the central nervous system, causing decreased levels of consciousness and decreased suffering

Reproduced with permission from [1]. Copyright Elsevier 2004.

Medically assisted hydration for palliative care patients

(Good P, Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD006273)

- **OBJECTIVES:** To determine the effect of medically assisted hydration in palliative care patients on their quality and length of life.
- **SEARCH STRATEGY:** Studies were identified from searching CENTRAL, MEDLINE (1966 to 2008), EMBASE (1980 to 2008), CINAHL, CANCERLIT, Caresearch, Dissertation abstracts, SCIENCE CITATION INDEX and the reference lists of all eligible studies, key textbooks, and previous systematic reviews. The date of the latest search was February 2008.
- **SELECTION CRITERIA:** All relevant randomised controlled trials (RCTs) or prospective controlled studies of medically assisted hydration in palliative care patients.
- **MAIN RESULTS:** Five relevant studies were identified. These included two RCTs (93 pts), and three prospective controlled trials (360 pts).
One study found that sedation and myoclonus (involuntary contractions of muscles) were improved more in the intervention group (28 - hydration, 23 - placebo). Another study found that dehydration was significantly higher in the non-hydration group, but that some fluid retention symptoms (pleural effusion, peripheral oedema and ascites) were significantly higher in the hydration group (59 - hydration group, 167 - non-hydration group). The other three studies did not show significant differences in outcomes between the two groups.
- **AUTHORS' CONCLUSIONS:** There are insufficient good quality studies to make any recommendations for practice with regard to the use of medically assisted hydration in palliative care patients.



Il documento SINPE (gennaio 2007) "Situazioni non oncologiche" (SV, Demenze, Parkinson, SLA)

Ancora, vi sono situazioni non oncologiche in cui la NA può mantenere in vita il malato per un tempo superiore alla storia naturale della malattia. Si tratta ad esempio dei casi di stato vegetativo permanente, o di patologie neurologiche degenerative o vascolari in fase particolarmente avanzata (m. di Alzheimer, m. di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, etc.): in queste condizioni, la decisione sull'opportunità di instaurare, continuare o sospendere determinati trattamenti sostitutivi (NA, ventilazione assistita, etc.) implica una problematica più complessa, da affrontare in modo collegiale con il contributo del neurologo, del nutrizionista clinico, degli altri specialisti coinvolti, del *care-giver* e dell'assistente familiare: comunque, la decisione andrà presa caso per caso.



Il documento SINPE (gennaio 2007)

"Il malato in stato vegetativo permanente" cioè irreversibile

- nel terzo caso, dove la NA si pone come terapia sostitutiva, certamente efficace nel mantenere lo stato nutrizionale del malato (e talora indispensabile per mantenerlo in vita), la valutazione sulla opportunità di sospendere questo o altri trattamenti sostitutivi implica considerazioni complesse di natura etica e giuridica che esulano da una valutazione puramente e squisitamente medica; ciò nondimeno, anche in questa ultima situazione, il giudizio medico è di importanza cruciale, poiché garantisce il necessario e imprescindibile supporto tecnico-scientifico a decisioni di ordine etico o giuridico.

Nel caso di paziente incosciente è opportuno anche **tenere conto della pregressa volontà del malato e dell'eventuale Testamento Biologico**. A tale proposito si ricorda quanto affermato dal Comitato Nazionale di Bioetica sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento: "che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che lo attui, sia che non lo attui, di esplicitare formalmente ed adeguatamente in cartella clinica le ragioni delle sue decisioni."

La NIA può essere indicata in caso di demenza associata a deficit nutrizionale !

[ESPEN Guidelines 2006]

- **Grave disfagia**
(orale e/o faringea con episodi quotidiani di aspirazione di liquidi/cibo).
- **Deficit nutrizionale**
(BMI < 18 e perdita di peso > 5 % / 3 mesi).
- **Aspettativa di vita > 4 settimane.**



Secondo alcuni la NIA dovrebbe essere considerata un trattamento inappropriato in caso di demenza

- Studies show no improvements in
 - ◆ survival
 - ◆ quality of life
 - ◆ nutritional status
 - ◆ healing of pressure ulcers
 - ◆ aspiration risk (increased 3x!)
- Side effects of PEG
 - ◆ infections (local and systemic)
 - ◆ loss of pleasure in eating
 - ◆ diminished contact with caregivers

Finucane TE et al., JAMA 282:1365, 1999
Gillick MR, N Engl J Med 342:206, 2000



Non è dimostrato che la NIA riduca il rischio di polmonite da aspirazione !

Lanngmore et al, Dysphagia 13, 68-81, 1998

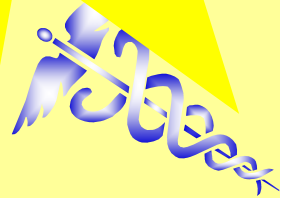
COLONIZATION
Poor oral care/status
Number of mediations
Tube feeding

HOST RESISTANCE
Smoking
Systemic immunological response

PNEUMONIA

ASPIRATION
Dependency for feeding

In caso di disfagia per prevenire le polmoniti ab ingestis è fondamentale l' **igiene del cavo orale !**
la NE non basta



Problemi etici nella nutrizione artificiale

Sommario

A) La NA è appropriata ?

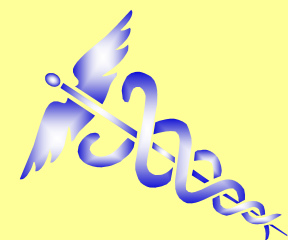
- In caso di malattia terminale.
- In caso di stato vegetativo.
- In caso di demenza.

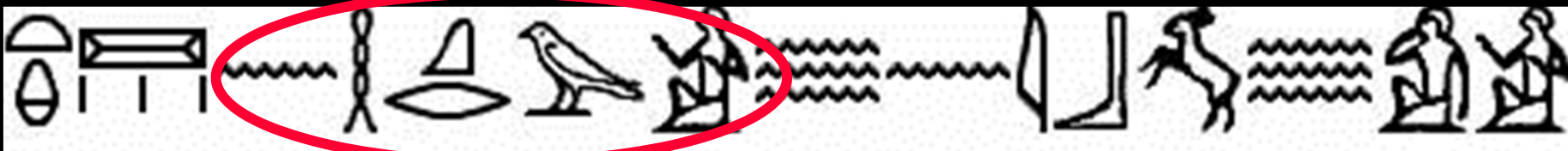
B) Possiamo permettere che sia il paziente a decidere ?

- In caso di rifiuto della persona capace.
- In caso di rifiuto anticipato.

Possiamo permettere
che sia il paziente a decidere ?

Ragioni & sentimenti





jw sḥtp.n.j ntr m-mrrt.f jw rdj.n.j t n ḥkr mw n jb ḥbs.w n ḥ3yw

ho provveduto a soddisfare i desideri del dio, ho dato da mangiare agli affamati, da bere agli assetati, dei vestiti agli ignudi;

Dal Papiro di Nu [British Museum, rep. n. 10.477, sudario n. 24, XV-XVI sec.]



n shkr.j

non ho fatto morire di fame

Dal Papiro di Nu

[British Museum, rep. n. 10.477, sudario n. 24, XV-XVI sec.]

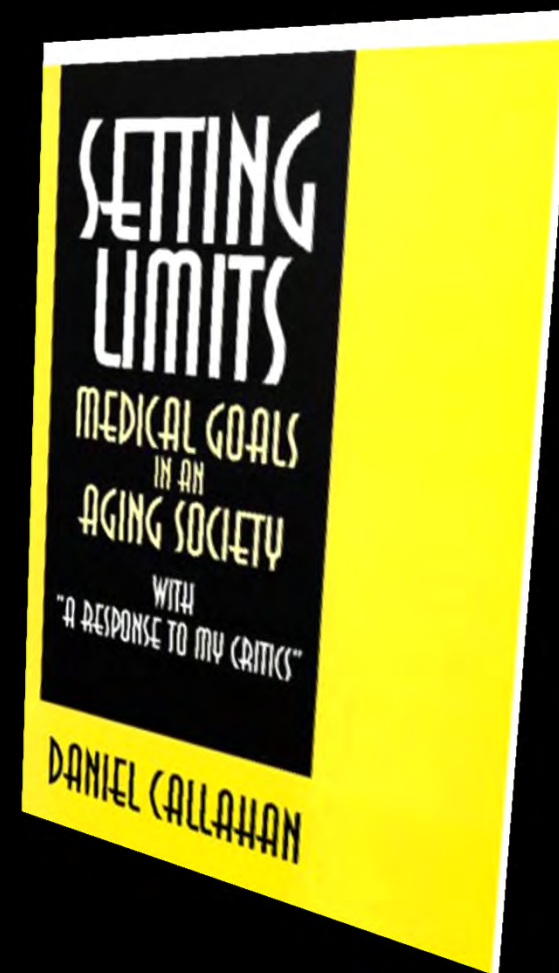


Ragioni & sentimenti

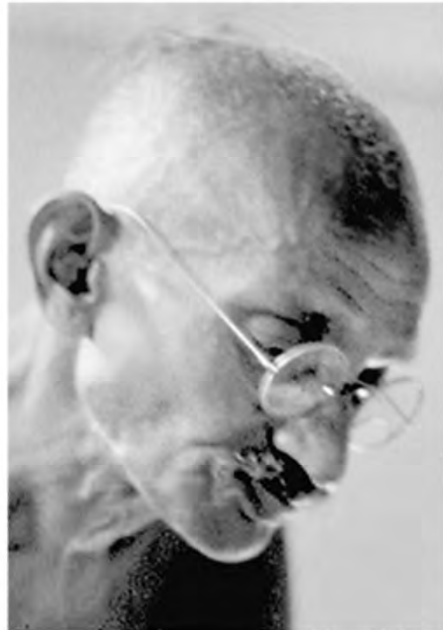
(D. Callahan, *On Feeding the Dying*. Hastings Center Report, October 1983)

"Il rifiuto della nutrizione può diventare, nel lungo termine, il solo modo efficace per assicurarsi che un largo numero di pazienti biologicamente resistenti venga effettivamente a morte.

Considerato il crescente serbatoio di anziani resi disabili dall'età, cronicamente ammalati, fisicamente emarginati, la disidratazione potrebbe diventare a ragione il non trattamento di elezione".







J. A. Mills/Associated Press

Gandhi

HIS CAUSE Campaigning for India's independence from Britain.

HOW MANY He survived 17 hunger strikes.

LONGEST Three weeks, in 1924.

FIRST FOOD, POST-FAST Orange juice.



Alan Lewis/Photopress Belfast

Bobby Sands

HIS CAUSE Protesting the imprisonment of Irish Republican Army members by the British authorities.

DURATION 1981 strike lasted 66 days. He was the first of 10 to die.

DIET Supplemented an all-fluid diet with occasional spoonfuls of salt.



Pool photo by Jamal Nasralah

Saddam Hussein

HIS CAUSE Protesting his trial and demanding greater security for his defense lawyers.

DURATION July 7 until July 26.

DIET Coffee with sugar and water with nutrients, until hospitalized and fed.

FIRST FOOD, POST-FAST Beef, rice, bread, fruit and a Coke.



Foto de Guillermo Fariñas tomada el lunes 22 de mayo después de la operación donde se le declaró en over hall.

CAMINO A GUANTÁNAMO

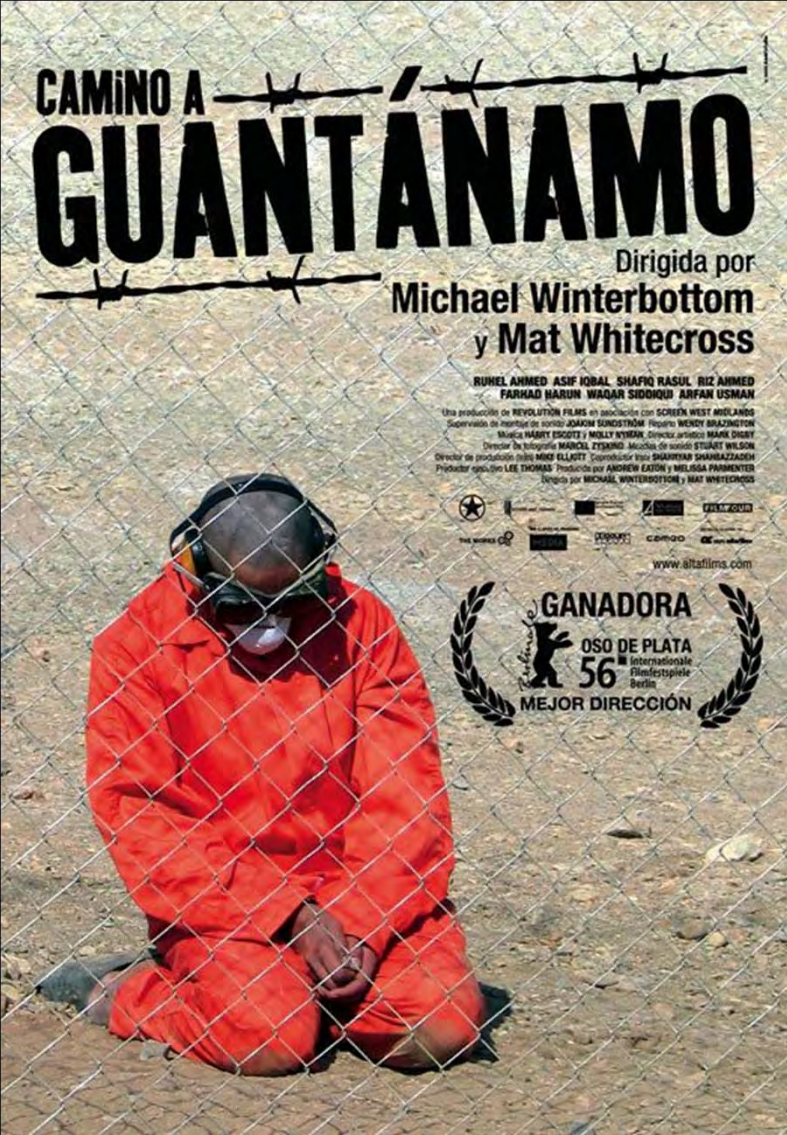
Dirigida por
**Michael Winterbottom
y Mat Whitecross**

**RUMEL AHMED ASIF IQBAL SHAFIQ RASUL RIZ AHMED
FARHAD HARUN WAQAR SIDDIQI ARFAN USMAN**

Una producción de REVOLUTION FILMS en asociación con SCREEN WEST MIDLANDS
Supervisión de montaje de sonido: JOAKIM SUNDBYSTRÖM. Reportero: WENDY BRAZINGTON
Música: HARRY ESCOTT y HOLLY WYMAN. Director artístico: NARRI DUBAY
Director de fotografía: MARCOLE EYERING. Asesor de sonido: STUART WILSON
Director de producción: MIKE ELLIOTT. Coproductor: IZAT SHAHRIKAB SHAHBAZZADEH
Productor ejecutivo: LEE THOMAS. Productor: ANDREW EASTON y MELISSA PARMENTER
Escrita por: MICHAEL WINTERBOTTOM y MAT WHITECROSS



www.altafilms.com









Ragioni & sentimenti

(da Wijkmark, "La morte moderna", Iperborea, 2008)

"Abbiamo bisogno di un nuovo atteggiamento nei confronti della morte e dell' invecchiamento, e non solo da parte degli anziani. Deve tornare ad essere *naturale* morire quando il periodo attivo è passato.

Dobbiamo risolvere il problema *con* gli anziani, non *contro* di loro...

Siamo ancora solo all'inizio di un'evoluzione, che va guidata con una campagna di informazione paziente e sofisticata, prima che la soluzione finale possa prendere forma.

Soluzione finale che noi del *Fater* vorremmo definire con la ben nota formula dell'*obbligo volontario*"



Iniziare /proseguire / sospendere la NA
possiamo permettere che sia il paziente a decidere ?

Sentimenti



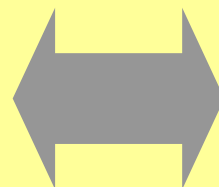
Opinioni



Standard



Norme



Pratica
clinica

Abbiamo bisogno di nuove norme ?



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA
Abbiamo bisogno di nuove norme ?

1) Se la persona è capace di consenso

2) Se la persona è incapace

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace
Abbiamo bisogno di nuove norme ?

Costituzione della Repubblica italiana, articoli 2, 13, 32.

art. 2: La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, ...

art. 13: La libertà personale è inviolabile. ...

art. 32: " ... *Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessuna caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.* "



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace
Abbiamo bisogno di nuove norme ?

Dal CDM '06, Art. 35 Acquisizione del consenso:

"Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

...

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

... "

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace
Cosa dice la norma deontologica ?

Codice deontologia medica (' 06)

Art. 53- Rifiuto consapevole di nutrirsi -

Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto 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.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace
Cosa dice la norma deontologica ?

Codice deontologico infermieri ('09):

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace Cosa dice la norma deontologica ?

Codice di deontologia medica '06

CAPO IV - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Art. 16 Accanimento diagnostico-terapeutico: *"Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita."*

Art. 17 Eutanasia: *"Il medico non deve effettuare né favorire trattamenti con finalità di eutanasia"*

Tra due tabù:
evitare sia l' eutanasia
sia l' accanimento terapeutico

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace Cosa dice la norma deontologica ?

CDM '06: CAPO V - ASSISTENZA AI MALATI INGUARIBILI

Art. 39 Assistenza al malato a prognosi infausta: *"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 **FORNIRE** al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita E DELLA DIGNITA' 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.**"*



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace
Cosa dicono le Società scientifiche italiane ?
Il documento SINPE
(gennaio 2007)

**PRECISAZIONI IN MERITO ALLE
IMPLICAZIONI BIOETICHE DELLA
NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

*Documento elaborato dal
Consiglio Direttivo
e dalla Commissione di Bioetica della
Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale
(SINPE)*

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace

Il documento SINPE

(gennaio 2007)

La NA è un trattamento medico

La NA è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo. La NA non è una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare il malato non autosufficiente).

1) *La NA si configura come un trattamento sostitutivo* (come ad esempio la ventilazione meccanica o la emodialisi), in altre parole un trattamento che tende a sostituire in modo temporaneo o permanente il deficit di un organo o di un apparato. In

a - La SINPE ritiene che anche nell'ambito delle cure palliative la NA si configuri sempre come un trattamento medico. Ciò è in accordo con la posizione delle altre società nutrizionali internazionali, ma è in disaccordo con il parere espresso, seppur non unanimemente, dal Comitato Nazionale di Bioetica nel 2005. In specifiche condizioni la NA (e particolarmente, la NE) può essere condotta a domicilio del malato (NAD) e somministrata da personale non medico (finanche dai familiari del malato), tuttavia *non ci sono dubbi che tali procedure debbano essere considerate "atti medici" e "trattamenti medici"*. Occorre infatti ricordare che l'appropriatezza dell'indicazione alla NA e la valutazione del rapporto costo-beneficio e rischio-beneficio ricadono nell'ambito delle specifiche competenze del medico, così come la pianificazione di un adeguato monitoraggio clinico-metabolico finalizzato alla prevenzione e diagnosi tempestiva di eventuali complicanze.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace

Il documento SINPE

(gennaio 2007)

Il problema del consenso del malato

La NA, come tutte le terapie mediche, in accordo con la Convenzione di Oviedo (1997), va prescritta ed assicurata in presenza delle riconosciute indicazioni e richiede il consenso informato del malato: essa può pertanto anche essere rifiutata da un malato se capace di intendere e di volere. Il medico non può ovviamente forzare la volontà del malato fatte salve le condizioni previste dalla legge.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nella persona capace

Il punto di vista del magistero cattolico

La dichiarazione sull' eutanasia

"Iura et bona" 5 maggio 1980

" Non si può, quindi, imporre a nessuno l' obbligo di ricorrere ad un tipo di cura che per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo onerosa.

Il suo rifiuto non equivale al suicidio: significa piuttosto o semplice accettazione della condizione umana o desiderio di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare, oppure volontà di non imporre oneri troppo gravi alla famiglia o alla collettività."



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA
Abbiamo bisogno di nuove norme ?

1) Se la persona è capace di consenso

2) Se la persona è incapace

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace
Cosa dicono le norme in Italia ?

Codice deontologia medica ('06)

art. 38, "*Autonomia del cittadino e direttive anticipate*":

"... Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato."

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace Cosa dicono le norme in Italia ?

% Codice deontologia medica ('06):

Art. 35 - Acquisizione del consenso -

... 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. 37 - Consenso del legale rappresentante -

Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace Cosa dicono le norme in Italia ?

% Codice deontologico dell' infermiere ('09):

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace La giurisprudenza in Italia: il caso Englaro

- Il caso di Eluana Englaro, una giovane donna coinvolta nel gennaio 1992, all'età di 20 anni, in un incidente stradale cui seguì uno SV irreversibile.
- Nel 1999 il padre di Eluana, che in precedenza era stato nominato dal Tribunale della sua città tutore della figlia, chiese ai curanti la sospensione della NIA, ottenendone un rifiuto.
- Il tribunale di prima istanza respinse la richiesta, assimilando la sospensione della NIA ad un atto di eutanasia e richiamandosi al **diritto inviolabile alla vita e alla sua indisponibilità** anche da parte del suo titolare.
- In seconda istanza il padre si rivolse alla Corte di Appello di Milano che nel 2000 e poi nel 2003, dopo aver riconosciuto che il legale rappresentante di un malato incapace ha il potere di assumere per lui decisioni in merito ai trattamenti sanitari, ha però respinto il ricorso poichè la **NIA non è un trattamento medico ma una misura di assistenza ordinaria** che deve essere sempre garantita.



Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace La giurisprudenza in Italia: il caso Englaro

Ottobre 2007, la Corte di Cassazione, ha accolto il ricorso del padre-tutore di EE e ha rinviato la causa alla Corte d' appello di Milano, stabilendo che:

- 1) la NIA è un trattamento medico
- 2) la richiesta di sospensione del tutore può essere accolta ove siano accertate entrambe le seguenti condizioni:
 - a) lo SV sia irreversibile.
 - b) risulti "dalle sue precedenti dichiarazioni, ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dai suoi convincimenti" che la paziente non avrebbe voluto vivere in SV.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace La giurisprudenza in Italia: il caso Englaro

9 luglio '08, la Corte di Appello di Milano,

- a) preso atto che lo SV era già stato giudicato irreversibile.
- b) acquisito testimonianze sufficienti a concludere che la paziente non avrebbe voluto vivere in SV.

ha autorizzato la sospensione della nutrizione artificiale.

9 febbraio '09, sospesa la NA Eluana Englaro muore a 38 anni di cui 18 trascorsi in SV.

Iniziare, proseguire, sospendere la NIA nel paziente incapace

La giurisprudenza in Italia:

La sentenza del TAR del Lazio

[15 set '09 n° 8560/09]

"I pazienti in stato vegetativo permanente ... non devono in ogni caso essere discriminati rispetto agli altri pazienti in grado di esprimere il proprio consenso, possono, nel caso in cui loro volontà sia stata ricostruita, evitare la pratica di determinate cure mediche nei loro confronti".

Il paziente "vanta una pretesa costituzionalmente qualificata di essere curato nei termini in cui egli stesso desidera, spettando solo a lui decidere a quale terapia sottoporsi".

Si tratta di questioni che coinvolgono il "diritto di rango costituzionale quale è quello della libertà personale che l'art. 13 (della Costituzione, ndr) qualifica come inviolabile".

In sintesi

Non abbiamo bisogno di nuove norme !
Una legge potrebbe essere utile se ...

- Diffondesse le DAT come strumento di riflessione sulle decisioni in merito alle cure.
- Stabilisse che le DAT possono estendersi a tutte le misure di sostegno vitale compresa la NIA.
- Stabilisse che le DAT sono vincolanti ma non limitano la responsabilità-libertà professionale del medico (che deve accertarne la validità e la applicabilità).
- Stabilisse che il fiduciario assume il ruolo di legale rappresentante: decide al posto del paziente nel suo migliore interesse.



Problemi etici nella nutrizione artificiale

Sommario

A) La NA è appropriata ?

- In caso di malattia terminale.
- In caso di stato vegetativo.
- In caso di demenza.

B) Possiamo permettere che sia il paziente a decidere ?

- In caso di rifiuto della persona capace.
- In caso di rifiuto anticipato.



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

virginiobonito@alice.it



Dr. Virginio Bonito



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

virginiobonito@alice.it

