

Nutrire e idratare, una scelta

Gianni Biolo*

Per nutrizione artificiale o assistita si intende un insieme di procedure che, utilizzando presidi sanitari, come cateteri venosi e sondini, permette di somministrare nutrienti e fluidi direttamente nel circolo venoso (nutrizione parenterale) o nel tubo digerente (nutrizione enterale) in persone non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. È in atto una discussione sul significato della nutrizione artificiale. Si tratta sempre di una terapia medica con precise indicazioni e controindicazioni? Oppure di una pratica assistenziale normale, sempre dovuta all'ammalato? È indubbio che il posizionamento della "via di accesso" per l'infusione degli alimenti nel circolo venoso o nel tubo digerente richiede l'intervento di un professionista, generalmente l'infermiere o qualche volta il medico. Le sostanze infuse tuttavia non sono certamente farmaci, ma semplici nutrienti, seppur resi sterili ed adattati alla somministrazione diretta nell'organismo del malato. Molto varie sono anche le applicazioni della nutrizione artificiale. Nutrire con presidi tecnologici e miscele speciali per guarire un malato acuto è molto diverso dal nutrire per un tempo indefinito un malato cronico nel quale la nutrizione assistita è assimilabile alla fisioterapia o alla cura delle piaghe da decubito. Definizioni univoche della nutrizione artificiale sono quindi difficilmente applicabili a tutte le situazioni. Ogni definizione può rappresentare un'eccessiva semplificazione che potenzialmente favorisce interpretazioni ideologiche basate sulla scarsa conoscenza dei problemi. È importante quindi chiarire il più possibile le differenze tra i diversi ambiti di applicazione della nutrizione artificiale, o nutrizione assistita.

Difficile inquadrare l'intervento di nutrizione artificiale o assistita in modo univoco tra le pratiche terapeutiche o assistenziali. Solo lo specialista è in grado di valutare

L'alimentazione e l'idratazione sono bisogni primari della persona, a tutte le età ed in tutte le condizioni di salute e malattia. La sopravvivenza è assicurata dalla possibilità di ricevere quotidianamente una adeguata quantità di energia (carboidrati e grassi), proteine e acqua. I meccanismi fisiologici di regolazione della fame e della sete sono complessi e precisi. L'alimentazione del neonato allattato al seno si realizza grazie ad un mirabile coordinamento delle regolazioni ormonali e neurovegetative della madre e del bambino che permettono una perfetta coincidenza tra disponibilità di latte e capacità di assumerlo nel corso della giornata. Crescendo il bambino deve essere imboccato per acquistare progressivamente la completa autonomia nell'alimentazione. Nelle fasi avanzate della vita si assiste generalmente ad una perdita progressiva dell'autonomia nell'alimentazione. Le fini regolazioni ormonali e nervose delle sensazioni di sete ed appetito sono sempre meno efficienti, si riducono le capacità di distinguere il gusto degli alimenti e di masticare i cibi solidi. Spesso le alterazioni dell'alimentazione si sviluppano in parallelo con il progressivo deterioramento delle funzioni motorie e cognitive. Nelle fasi avanzate della vita si ripresenta spesso, come nella prima infanzia, la necessità di aiutare la persona anziana nell'assunzione di cibo e acqua. È un atto che deve essere eseguito con grande attenzione e pazienza, esattamente come nei bambini. Infatti, la capacità di deglutire gli alimenti si può ridurre progressivamente, soprattutto quando le funzioni cognitive iniziano ad essere compromesse ed il riflesso della tosse è meno efficace, realizzando quella condizione definita come disfagia. La decisione di iniziare una nutrizione artificiale nella persona con demenza senile e disfagia, anche se in teoria sembra molto logica, in realtà è molto complessa e con esiti incerti e deve essere presa considerando ogni caso individualmente. Gli studi clinici nella persona demente con disfagia non hanno



dimostrato chiari benefici della nutrizione artificiale rispetto alla nutrizione orale, se praticata con pazienza utilizzando nutrienti adatti, come i cibi a den-

«Nella nostra casa famiglia la cultura dello scarto non trova spazio»

I figli che io e mia moglie abbiamo accolto nella nostra famiglia, una delle case famiglie della Comunità Papa Giovanni XXIII, affetti da disabilità gravissime e da malattie neurodegenerative, spesso abbandonati negli ospedali a motivo della loro malattia, oggi rischiano di essere nuovamente abbandonati dallo Stato. A loro stiamo donando ogni giorno tutto il nostro tempo e i nostri enormi sacrifici perché anche loro possano avere una vita dignitosa, fatta di relazioni significative, ricche di amore, pazienza e speranza. Quale grande gioia averli nelle nostre famiglie! E invece in

«Questa legge non fa altro che avviare una inaccettabile forma di darwinismo sociale»

Parlamento discutono la proposta di legge sulle DAT dando la possibilità di sospendere le cure, e addirittura l'alimentazione e l'idratazione, vera eutanasia. L'attuale proposta di legge non fa altro che avviare una forma di darwinismo sociale che elimina i deboli perché ritenuti un ingombro inutile

della società, generando una cultura dello scarto che le famiglie non potrebbero mai accettare e che fa tremare le gambe a noi genitori.

La sospensione di acqua e cibo è un vero gesto di "abbandono" del malato, un omicidio aggravato dalla tortura. Ma chi ha bisogno delle DAT? I più deboli che chiedono di esistere senza sentirsi un peso sociale o i più forti che non hanno voglia di sacrificare il loro tempo a fianco dei letti di chi è malato?

Luca Russo

Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII
autore de "L'Eutanasia di Dio"

in bilico tra aiuto e terapia



sità modificata e l'acqua gelificata. La malattia acuta rappresenta un ambito completamente diverso e specializzato di applicazione della nutrizione artificiale. L'alimentazione orale è spesso impossibile nelle gravi malattie come il politrauma, l'infezione grave, l'infarto miocardico o cerebrale, associate a complicanze metaboliche e nutrizionali che rendono il digiuno un fattore particolarmente negativo per la guarigione e la ripresa funzionale del malato. L'ottimizzazione della nutrizione parenterale o enterale nel malato acuto, soprattutto se ricoverato in terapia intensiva, rappresenta un ambito di ricerca e applicazione clinica altamente specializzato, la cui corretta applicazione contribuisce alla guarigione del malato acuto. È evidente come la definizione di terapia medica specializzata si adatti a questo tipo di interventi. Esistono malattie croniche nelle quali la nutrizione per via naturale è compro-

messa in modo permanente, quali la disfagia secondaria a malattie neurologiche (per es. ictus o sclerosi laterale amiotrofica) o neoplastiche (per es. i tumori della bocca e del laringe) e gli stati vegetativi. In queste condizioni la nutrizione artificiale si può considerare come un presidio assistenziale indispensabile per la sopravvivenza del malato ma di bassa intensità clinica. In questo contesto, la nutrizione artificiale si integra con gli altri aspetti assistenziali di base quali la fisioterapia, la prevenzione e la cura delle piaghe da pressione, la terapia del dolore e l'igiene della persona. Speciali considerazioni devono essere riservate agli interventi nutrizionali nelle neoplasie. L'elevata efficacia delle terapie oncologiche specifiche, chirurgia, chemioterapia e radioterapia, ha trasformato molte forme neoplastiche da condizioni patologiche a rapida progressione a malattie a decorso lento o addirittura cronico. Il

mantenimento di un buono stato nutrizionale nelle neoplasie a lenta progressione rappresenta una priorità. È noto infatti che la grave malnutrizione nel paziente oncologico amplifica gli effetti collaterali della chemioterapia e ne riduce l'efficacia.

L'ultimo ambito clinico da considerare è quello della nutrizione e idratazione nel "fine vita". È evidente che negli ultimi giorni o settimane di vita la nutrizione e, nelle ultime fasi, persino l'idratazione non contribuiscono al bene del malato. In tali pa-

zienti è assente il senso della fame o della sete.

In questa ultima fase, devono prevalere altri presidi, quali il controllo del dolore e della funzione respiratoria. La nutrizione può addirittura essere gravosa per il malato terminale e portare a conseguenze cliniche negative. Il medico, quindi, dopo attenta valutazione delle condi-

zioni cliniche e della prognosi deve poter interrompere la nutrizione artificiale. Quando la prognosi del malato è più prolungata, l'intervento nutrizionale deve invece trovare spazio tra le altre cure palliative indispensabili per dare significato e dignità agli ultimi mesi di vita del malato. Sospendere la nutrizione artificiale in un malato incurabile, ma con una aspettativa di vita ragionevolmente prolungata, equivarrebbe ad accelerare il decorso naturale della malattia, anticipandone la morte. È difficile, in conclusione, inquadrare l'intervento di nutrizione artificiale o assistita in modo univoco tra le pratiche terapeutiche o assistenziali. Gli esiti attesi aiutano

a definire il problema.

L'intervento nutrizionale può contribuire alla guarigione nella malattia acuta o può migliorare l'efficacia di terapie specifiche in alcune malattie croniche o nelle neoplasie. In molti casi però l'esito atteso dall'applicazione della nu-

trizione artificiale è unicamente la sopravvivenza del malato. Non si tratta quindi di atto terapeutico, ma di un atto puramente assistenziale. La differenza essenziale tra atto terapeutico e atto assistenziale consiste nel fatto che a quest'ultimo non si applicano le tipiche valutazioni rischio-beneficio delle terapie.

**Direttore clinica medica
Università di Trieste*

*Past President, Società italiana
di nutrizione artificiale e metabolismo.*

Le diverse patologie, le situazioni acute o croniche, impongono valutazioni diverse e richiedono modalità di intervento che si differenziano da caso a caso



Gianni Biolo

L'intervento nutrizionale può contribuire alla guarigione nella malattia acuta o può migliorare l'efficacia di terapie specifiche