

## PRO-MEMORIA

1. La NA, ospedaliera o domiciliare, enterale o parenterale che sia, è un trattamento medico
2. Non diciamo questo per potere staccare la spina (come spesso ci siamo sentiti dire), ma perché questi sono concetti riconosciuti dalle società del settore nazionali e internazionali (SINPE, ESPEN; SINuC). E lo diciamo anche a tutela del paziente
3. Esistono quindi indicazioni e controindicazioni, effetti collaterali e rischi, che solo il medico può valutare
4. L'artificialità sta nell'accesso, non nel prodotto somministrato
5. Molti dei pazienti che nutriamo artificialmente non possono dirci se hanno fame o se hanno sete, o se non hanno più fame o sete
6. Ecco il perché della necessità di presa in carico da parte di personale sanitario specializzato, che deve stabilire modalità di attuazione e di monitoraggio (follow-up)
7. La NA non è un trattamento del fine vita, anche se può essere usata anche alla fine della vita nei casi noti
8. La NA è spesso l'unico trattamento medico in grado di garantire la sopravvivenza del malato (es più diversi: IICB, malato di Alzheimer). In tali casi, la non attuazione o la sospensione del trattamento implicano la morte del paziente, per disidratazione, malnutrizione ed insufficienza d'organo
9. I criteri per l'attuazione o la sospensione della NA dipendono NON dalle convinzioni personali del medico, ma dalla indicazione clinica al trattamento medico, come per qualsiasi altro trattamento medico di tipo farmacologico o non farmacologico
10. "Appropriatezza" è la parola che raccoglie tutti i concetti necessari ed indispensabili alla buona pratica clinica
11. Se c'è appropriatezza non può esserci "accanimento terapeutico"
12. "Accanimento terapeutico" è un termine che non ci piace. Comunque esso denota inappropriatazza clinica basata su di una cattiva valutazione clinica del paziente
13. Meglio parlare di cure eccessive o sproporzionate, ma sempre facendo riferimento alla CONDIZIONE CLINICA del paziente ed alla INDICAZIONE CLINICA del trattamento, per quanto di cui al punto 8
14. Chiediamo fermamente alle Istituzioni di darci una mano a far chiamare le cose con il loro nome (alimentazione artificiale, alimentazione forzata ecc ecc) e soprattutto a riconoscere i trattamenti per quello che sono
15. Non è negando che la NA è un trattamento medico che risolviamo il problema della sospendibilità del trattamento. Si tratta di due livelli di ragionamento diversi. Il legislatore deve solo stabilire se e in quali casi i trattamenti medici di NA possano essere rifiutati, non iniziati e/o sospesi e se tali circostanze debbano essere previste in un testo di legge riguardante le disposizioni anticipate di trattamento.
16. Il legislatore non può e non deve assimilare i trattamenti medici di NA alla garanzia di acqua e cibo, bisogni essenziali ed innegabili della persona. Infatti, le persone sottoposte ai trattamenti di NA non sono in grado di alimentarsi, parzialmente o integralmente, temporaneamente o permanentemente a causa di una sottostante condizione di malattia o delle conseguenze di una pregressa malattia.
17. In linea di principio, poiché la cura è, per il cittadino, un diritto costituzionalmente sancito, ma non un dovere, si dovrebbe prevedere anche per la NA, alla stregua di ogni altro trattamento medico, sia di tipo farmacologico che non farmacologico, il non inizio o la sospensione in tutti quei casi nei quali non esista indicazione clinica al trattamento. In questi casi, infatti, non è possibile ravvisare alcuna probabilità di giovamento, quoad vitam o quoad valetudinem, o addirittura è possibile ipotizzare nocimento per il malato,

configurando il caso della futilità, della sproporzionatezza, o dell'eccesso delle cure, che talora vengono definite "accanimento terapeutico", di cui ai punti 11 e 12.

18. Il legislatore potrà anche stabilire, se ne ravviserà le giuste motivazioni e la costituzionalità, che i trattamenti di NA debbano essere sempre istituiti e continuati, ove ne sussistano le giustificazioni, ma non in base all'erroneo principio che la NA non è un trattamento medico.
19. È proprio del sapere medico stabilire se esistano le condizioni per attuare, non attuare, continuare o sospendere un trattamento di NA
20. Il legislatore deve responsabilmente colmare un vuoto normativo che pone spesso in grave imbarazzo il medico, il paziente, il suo rappresentante legale, le famiglie, nel momento in cui vanno assunte decisioni del fine vita. Decisioni che devono essere rispettose della dignità della persona, indipendentemente dal suo credo morale, politico o religioso. Il legislatore deve impegnarsi a redigere norme che garantiscano la vita, la dignità della vita e anche la dignità della morte.