



SINPE

Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale
Membro della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (FeSIN – Onlus)



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)*

GENNAIO 2007

Che cosa è la Nutrizione Artificiale

La Nutrizione Artificiale (NA) è un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale.

La NA si differenzia in parenterale (NP) ed enterale (NE).

Con la NP i nutrienti (acqua, glucosio, aminoacidi, grassi, elettroliti, vitamine, oligoelementi), preparati dall'industria farmaceutica e adeguatamente miscelati, sono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso una vena periferica o attraverso una vena centrale di grosso calibro, mediante l'impiego di cannule o cateteri venosi.

Con la NE, i nutrienti (naturali o a preparazione industriale) sono somministrati direttamente nella via digestiva, a livello dello stomaco, del duodeno o del digiuno, mediante l'impiego di apposite sonde inserite dal naso, dalla bocca o attraverso stomie confezionate all'uopo.

Sia la NP che la NE devono essere prescritte, attuate e monitorate secondo precisi protocolli atti ad assicurare l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia del trattamento.

N.B.: Sulla base di queste definizioni, consegue che la somministrazione per via orale e sotto controllo medico di prodotti nutrizionali, anche di preparazione industriale (es. supplementi nutrizionali orali), è "nutrizione clinica", ma non è da considerarsi "nutrizione artificiale". Altresì, la somministrazione di alimenti naturali tramite sonda o stomia (benché generalmente sconsigliata) è da considerarsi "nutrizione artificiale". Per la definizione dei termini "alimentazione" e "nutrizione" ai fini di questa trattazione, si rimanda al glossario.

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).

Come tutti i trattamenti medici, la NA ha indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati. L'attuazione della NA prevede il consenso informato del malato o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico.

La NA è praticata in ospedale e anche a domicilio (NA domiciliare, o NAD), se le condizioni cliniche e metaboliche del malato consentono la prosecuzione del trattamento al di fuori dell'ospedale.

La NA è impiegata nell'ambito delle cure riservate a pazienti con patologie spesso assai differenti per eziologia, patogenesi e prognosi. Appaiono quindi necessarie alcune precisazioni che possono contribuire a collocare adeguatamente tale procedura terapeutica e a comprenderne il ruolo:

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 tal senso, la NA si sostituisce, in maniera temporanea o permanente al deficit di una funzione complessa, come quella della *alimentazione naturale*, quando questa è compromessa in tutto o in parte da una sottostante condizione di malattia. L'alimentazione naturale è un processo complesso che presuppone - oltre ovviamente alla adeguata disponibilità di cibo - anche l'integrità di alcune e diverse funzioni (introduzione del cibo nella cavità orale, masticazione, deglutizione, digestione, transito intestinale, assorbimento e metabolismo dei nutrienti). Un deficit, anche parziale, di una o più di tali funzioni insieme

con una durata prevista superiore a 7 giorni, costituisce di per sé un'indicazione all'istituzione di un trattamento di NA.

a - *La NA può avere un ruolo sia preventivo sia terapeutico* (prevenzione della malnutrizione o terapia di una malnutrizione già instaurata);

b - Come gli altri trattamenti sostitutivi, la NA costituisce un trattamento **medico**: soltanto il medico può, infatti, stabilirne in modo corretto indicazioni e controindicazioni. Come per qualunque trattamento medico, l'inizio o l'astensione così come la continuazione o la sospensione della NA ricadono inevitabilmente nell'ambito decisionale e di responsabilità del medico, fatto salvo quanto riconosciuto dal codice deontologico al malato (o al tutore legale) nell'esercitare il diritto al consenso e all'autodeterminazione;

c - Come per altri trattamenti sostitutivi (ad esempio: la ventilazione meccanica) in alcune situazioni cliniche la NA può essere l'unico o uno dei trattamenti necessari per mantenere il malato in vita. In questi casi la sospensione (*withdrawal*) o la non attuazione (*withholding*) della NA comporta l'exitus del malato.

2) *La NA non è da considerarsi una terapia eziologica* (come ad es. la terapia antibiotica, la terapia antivirale, la chemioterapia, la terapia genica o determinate terapie chirurgiche). La NA non è, infatti, in grado di influire sulle *cause* di una malattia, ma al più sulle sue *conseguenze*, ad esempio prevenendo o trattando la malnutrizione (v.), oppure riducendo gli effetti negativi dell'ipercatabolismo (v.).

3) Anche se talvolta in grado di alleviare sintomi quali la fame e la sete, *la NA non è da considerarsi una terapia sintomatica* (come ad esempio la terapia analgesica o antipiretica), in quanto non rimuove semplicemente un sintomo, ma si sostituisce al deficit di funzione che ha originato il sintomo stesso.

4) *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 cure palliative, accanto ad altri provvedimenti medici (e non) riservati a pazienti in cui non vi sia più possibilità di attuare trattamenti eziologici o curativi della patologia di base.

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.

b - D'altra parte, appare indispensabile distinguere tra la valutazione di appropriatezza di indicazione alla NA, la valutazione del rapporto costo-beneficio e rischio-beneficio (atti squisitamente medici) rispetto alla valutazione dell'opportunità di instaurare o continuare uno o più trattamenti sostitutivi in un malato affetto da una patologia non (o non più) suscettibile di terapia. Analoga preoccupazione è giustamente sottolineata dal già citato documento del Consiglio Nazionale di Bioetica, nel quale si afferma che *"anche qualora la NA venga considerata un trattamento medico il giudizio sull'appropriatezza ed idoneità di tale trattamento dovrebbe dipendere solo dall'oggettiva condizione del malato (cioè dalle sue effettive esigenze cliniche misurate sui rischi e benefici) e non da un giudizio di altri sulla sua qualità di vita, attuale e/o futura"*.

Per maggior chiarezza consideriamo le diverse problematiche inerenti a situazioni cliniche differenti. Ad esempio pensiamo a un malato in terapia intensiva a prognosi rapidamente infausta, a un malato oncologico terminale e a un malato in stato vegetativo permanente:

- nel primo caso, il giudizio medico è di per sé sufficiente per una valutazione di verosimile inappropriata o appropriata del trattamento nutrizionale;

- nel secondo caso, l'opportunità o meno di instaurare o continuare la NA deve derivare da una valutazione medica sia del potenziale beneficio sulla qualità di vita sia delle potenziali complicazioni associate al trattamento (ovvero, ad una valutazione di costo/efficacia e rischio/efficacia). Tale valutazione è basata sulle linee guida nazionali e internazionali e concorrerà alla decisione finale presa nell'ovvio rispetto della volontà del malato e con il suo necessario consenso;

- 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.

c - Vale la pena accennare, a questo punto, al concetto di accanimento terapeutico. Attualmente, la definizione di accanimento terapeutico è assai controversa e facile fonte di incomprensioni. Nel caso si definisse l'accanimento come l'impiego di un trattamento medico di sicura inefficacia e/o gravato da un rischio di complicanze inaccettabile rispetto al beneficio atteso, allora esso si configurerebbe come un'errata valutazione dell'appropriatezza di indicazione del trattamento. In questo caso al termine "accanimento terapeutico" sarebbe preferibile l'anglosassone "overtreatment", vale a dire "eccesso di cure". Un eccesso di cure non solo è inutile, ma può essere anche dannoso e quindi va evitato nel malato, sia cosciente sia incosciente. Il riconoscimento di un "overtreatment" può essere relativamente agevole nel malato critico ricoverato in terapia intensiva che non risponde alle terapie rianimatorie. Viceversa può creare sconcerto nel malato stabilizzato e in stato vegetativo permanente, perché può essere impropriamente confuso con la deliberata decisione di interrompere la vita. Per quanto detto ed in considerazione del ruolo sostitutivo del trattamento nutrizionale, la SINPE ritiene che una NA la cui appropriatezza di indicazione sia fondata sulle linee guida nazionali e internazionali non si configuri mai come accanimento terapeutico.

Indicazioni alla NA

In generale, come accennato più sopra, la NA rappresenta la terapia di elezione per la Malnutrizione Proteico Energetica secondaria ad uno stato di malattia, e ne costituisce anche un efficace trattamento preventivo. Quando si prevede che l'alimentazione naturale sarà temporaneamente preclusa o insufficiente a coprire i fabbisogni nutrizionali; la somministrazione della NA è indicata per attenuarne le conseguenze negative a livello nutrizionale. Questa indicazione è ancora più stringente in presenza di malattie associate a ipercatabolismo

Le condizioni cliniche nelle quali è indicato il ricorso alla NA sono riportate nelle linee guida emanate dalla SINPE. Tali indicazioni, condivise da tutte le società scientifiche di riferimento, sono state di recente recepite e condivise in un documento del Ministero della Salute del 2004.

E' compito del Servizio Sanitario Nazionale garantire la erogazione della NA in ambito ospedaliero e domiciliare nel rispetto delle riconosciute indicazioni a questo trattamento medico.

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.

Nel caso in cui il malato in NA sia un minore di età o sia legalmente riconosciuto incapace di intendere e di volere, il consenso informato viene richiesto al suo tutore o rappresentante legale come specificato nel del codice deontologico.

Per l'intera problematica relativa al consenso informato sia nel malato cosciente che non cosciente si rimanda comunque alla Convenzione di Oviedo del 1997 ratificata nel 2001 dal nostro Paese (Legge 28 marzo 2001, n 145).

Problematiche della NA di lunga durata

La NA è un trattamento medico sostitutivo che può consentire la sopravvivenza utilizzando tecnologie a costo relativamente contenuto. Essa si presta pertanto al trattamento di pazienti anche al proprio domicilio (NAD) e per lunghi periodi di tempo (NA di lunga durata).

La NA si è dimostrata sicuramente efficace nel prolungare la sopravvivenza di pazienti affetti da patologie la cui prognosi, per quanto riguarda la sopravvivenza, è significativamente dipendente dal deterioramento dello stato di nutrizione e dall'insorgenza di una condizione di malnutrizione, a causa della preclusa o insufficiente alimentazione per via naturale (es. pazienti con sindrome da intestino corto). In questi pazienti, la NA va considerata come una vera e propria terapia "salvavita".

Esistono poi condizioni cliniche nelle quali il malato è incurabile per la sua patologia di base, in quanto questa non è più suscettibile di interventi terapeutici specifici (es. pazienti con malattia oncologica in fase avanzata): in tali casi, peraltro assai frequenti, la NA può comunque trovare indicazione nell'ambito di un programma di cure palliative, accanto ad altri provvedimenti medici (e non) e va quindi assicurata, analogamente agli altri trattamenti.

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. E' altrettanto vero che la previsione di sopravvivenza è molto difficile da ottenere utilizzando parametri clinici e biofunzionali, ma è altrettanto vero che i medici tendono abitualmente a sovrastimare l'attesa di sopravvivenza dei propri pazienti. Anche per queste ragioni la valutazione dell'attesa di sopravvivenza va effettuata caso per caso e da un'equipe medica; appare comunque inevitabile la previsione di una quota di pazienti incurabili sovra-trattati con NA.

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.

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."*

In conclusione, in tutte le condizioni in cui la decisione sul continuare o meno 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 presa in maniera collegiale, sentito eventualmente anche il Comitato Etico di competenza.

Conclusioni

La NA consente di soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. Come ad esempio la ventilazione meccanica o la emodialisi, la NA sostituisce una funzione complessa (*l'alimentazione naturale* compromessa per qualsiasi causa), consentendo di prevenire e/o di curare uno stato di malnutrizione. In quanto terapia sostitutiva la NA non è in grado di agire direttamente sulle patologie che hanno causato il deficit nutrizionale (terapie eziologiche). In alcune condizioni cliniche la sospensione o la non attuazione della NA può comportare l'exitus del malato. Pur alleviando i sintomi generati dalla mancata introduzione di alimenti (fame e sete), la NA non trova indicazione solamente per questo fine. Nei pazienti oncologici la NA può essere indicata in un programma di cure palliative, soprattutto se l'aspettativa di vita è superiore a tre mesi.

Come per molte terapie o procedure mediche, la NA può essere associata ad effetti collaterali anche gravi e la sua attuazione prevede il consenso informato del malato o di un suo delegato.

Da ultimo è importante ricordare la finalità di questo documento e l'impegno di SINPE, nell'ambito delle competenze specifiche della Società, su queste tematiche:

1. Il presente documento non vuole definire la posizione della SINPE su aspetti controversi del dibattito etico o giuridico, bensì offrire un supporto tecnico per una giusta e più corretta soluzione alle attuali e future controversie in ambito bioetico.
2. La SINPE intende essere garante perché la NA venga considerata a tutti gli effetti un trattamento medico, spesso salvavita, che deve trovare la giusta diffusione sul territorio nazionale italiano rispettando le indicazioni contenute nelle linee guida emanate dalla SINPE e dalle altre società internazionali del settore.
3. Alla stregua di altri trattamenti medici, anche per la NA si chiede la piena applicazione della Convenzione di Oviedo.

GLOSSARIO

La SINPE ritiene opportuno allegare, in appendice al documento, un breve Glossario per esplicitare il significato con il quale alcuni termini sono stati usati nel contesto del Documento, consapevole che l'interpretazione di questi termini e dei concetti ad essi sottesi è spesso oggetto di controverse versioni.

Assistenza:

insieme alla terapia fa parte della cura dell'ammalato. Per assistenza si intende quindi quella componente delle cure che è essenziale per la qualità della vita e la dignità dell'essere umano, indipendentemente dallo stato di malattia, e che non rientra strettamente nei provvedimenti di competenza medica.

Alimentazione:

riguarda l'assunzione di alimenti naturali attraverso la via naturale (ovvero per os). In alcuni periodi della vita (ad esempio, nel lattante, nel bambino o nell'anziano), o per alcune patologie, un individuo può non riuscire ad alimentarsi autonomamente ma richiedere assistenza: in questi casi si suggerisce il termine di Alimentazione Assistita.

Accanimento terapeutico:

si tratta dell'impiego di una terapia che è di sicura inefficacia sia per la patologia di base che per lo stato generale del malato, o nella quale la previsione di efficacia sia irrilevante a fronte del rischio di complicanze.

Caregiver:

è la persona di riferimento nell'assistenza. Prevalentemente coinvolta a lungo termine, spesso non di ruolo sanitario, può appartenere alla famiglia del malato (*family care-giver*). Il termine *care-giver* può anche riferirsi a professionisti all'interno di un servizio organizzato.

Consenso Informato:

è il consenso consapevole che il malato o il suo rappresentante legale deve fornire prima che il medico possa attuare terapie o trattamenti di qualunque tipo o anche indagini diagnostiche. La Nutrizione Artificiale richiede sempre il consenso informato del malato: ciò implicitamente riconosce che la NA è un trattamento medico.

Idratazione:

è la procedura terapeutica che mira a garantire il bilancio idroelettrolitico dell'individuo. Di norma si ottiene con l'assunzione per via naturale o artificiale di una quantità adeguata di liquidi e minerali. L'idratazione, in termini strettamente medici, non mira a placare la sete di un individuo ma a riequilibrare il bilancio idroelettrolitico, e quindi indirettamente la sete.

Ipercatabolismo:

ogni giorno una parte del nostro organismo è rinnovata. Cellule, proteine ed altri composti sono ridotti a molecole elementari (catabolismo) e sostituiti con elementi sintetizzati nuovamente (anabolismo). Particolari condizioni cliniche (gravi traumi, infezioni, interventi chirurgici importanti ecc) si associano a ipercatabolismo (catabolismo molto aumentato).

Malnutrizione proteico energetica:

è uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti.

Nutrizione:

Pur essendo usato spesso come sinonimo di alimentazione il termine "nutrizione" è impiegato in questa trattazione per significare la somministrazione o assunzione di

nutrienti (prodotti dell'industria con specifici valori nutritivi) e la somministrazione di qualsiasi substrato per via artificiale. In questo caso si parla di nutrizione artificiale, una suddivisione fra alimentazione artificiale e nutrizione artificiale appare ridondante.

Stato vegetativo permanente:

Perdita irreversibile della coscienza, secondaria di solito ad un insulto cerebrale traumatico o anossico, di per sé non progressivo, che può perdurare anche per tutto il resto della vita. Nello stato vegetativo permanente si realizza una completa, prolungata e irreversibile dissociazione tra vita vegetativa e vita cosciente. Alcuni ritengono che possa considerarsi l'esempio paradigmatico di *morte corticale*.

Testamento biologico:

si tratta di una esplicita dichiarazione che un individuo, pienamente consapevole, fornisce circa le cure da praticare o non praticare alla fine della vita, soprattutto se vi si giunge in una condizione di perdita della coscienza irreversibile (stato vegetativo permanente).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Linee guida e documenti ufficiali

Oviedo - 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 - 4 Aprile 1997 http://staminali.aduc.it/php_docushow_83_4_t_1.html

L'approccio bioetico in anestesia e rianimazione: una nuova risorsa per questioni emergenti. Commissione di Bioetica della SIAARTI Minerva Anestesiol 1999; 65:1-5;

Provvedimento della Corte di Appello di Milano del 30,12, 1999, in Il Foro Italiano, parte I, 2000, col 2022-2036.

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

Legge 28 marzo 2001, n 145, Ratifica della Convenzione di Oviedo, Gazzetta Ufficiale 24 Aprile 2001

Working Group on bioethics and palliative care in neurology (Italian Society of Neurology) The discontinuation of life-support measures in patients in a permanent vegetative state. Neurol. Sci. 2002,23:131-39

A.S.P.E.N. Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force*: Practice Guidelines Home Specialized Nutrition Support in Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients JPEN 2002; 26 (1 Suppl): 20SA-21SA;

Linee Guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002: Aspetti Bioetici della Nutrizione Artificiale, RINPE,2002,S95-S97

Raccomandazioni SIAARTI per la ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione delle cure Minerva Anestesiol 2003;69:101-108

Comitato Nazionale per la Bioetica. Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, 18 Dicembre 2003, <http://www.governo.it/bioetica/pareri.html>

Relazione sulla situazione attuale della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) in Italia, Ministero della Salute, Marzo 2004

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>

National collaborating centre for acute care at the Royal College of Surgeons of England. Nutrition Support at Home in Nutritional Support in Adults: oral supplements, enteral and parenteral feeding. DRAFT FOR SECOND CONSULTATION August 2005: 212-221;

Le cure di fine vita e L'Anestesista Rianimatore: Raccomandazioni SIAARTI per l'approccio al malato morente SIAARTI Commissione Bioetica Minerva Anestesiol 2006; 72: 927-963.

Nutrition Support in Adults. Clinical Guidelines 32. National Institute for Health and Clinical Excellence. February 2006

2. Pubblicazioni di interesse generale

Leiter LA, Marliss EB., Survival during fasting may depend on fat as well as protein stores, Journal of the American Medical Association 1982; 248: 2306-2307

Miles SH., Futile feeding at the end of life: family virtues and treatment decisions, Theor Med 1987; 8: 293-302

Youngner SJ., Who defines futility?, Journal of the American Medical Association 1988; 260,14: 2094-2095

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR., Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann Int Med 1990; 112: 949-954

Kilk WJ, Veriava Y., Hospital management of voluntary total fasting among political prisoners, The Lancet 1991; 337: 660-662

Sulmasy DP, Pellegrino ED., The rule of double effect: clearing up the double talk, Arch Int Med 1999; 159: 545-551

Planas M, Camilo ME., Artificial Nutrition: dilemmas in decision-making. Clin Nutr 2002;21:355-361

Ireton-Jones C, DeLegge MH, Epperson LA, Alexander J. Management of Home Parenteral Nutrition – Patient, Nutr Clin Pract 2003; 18: 310-317

Baggini J, Pym M, End of life: the Humanist view, The Lancet 2005; 366: 1235-1237

Truog R.D, Cochrane Tl., Refusal of Hydration and Nutrition: irrelevance of the “ artificial ” vs “natural” distinction, Arch Int Med 2005; 165: 2374-76

Dorf EN, End of life: Jewish perspectives, The Lancet 2005; 366: 862-865

Firth S., End of life: a Hindu view, The Lancet 2005; 366, 682-686

Appropriate use of artificial nutrition and hydration-fundamental principles and recommendations, NEJM 2005; 353, 24: 2607-2612

Engelhardt HT jr, Smith Iltis A., End of life: the traditional Christian view, The Lancet 2005; 366: 1045-49

Sachedina A., End of life: the Islamic view, The Lancet 2005; 366: 774-779

Keown D., End of life: the Buddhist view, The Lancet 2005; 366: 952-955

Markwell H., End of life: a catholic view, The Lancet 2005; 366: 1132-1135

Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of Artificial Nutrition and Hydration Fundamental principles and recommendations, NEJM 2005; 353: 2607-12

Guglielmi FW, Mazzuoli S, Regano N, Fregnan S, Guglielmi A, Francavilla A., Nutrizione artificiale domiciliare: analisi delle differenze tra le regioni italiane. Ruolo del ministero della salute, RINPE 2005; 23: 205-12

Pironi L et al., Prevalenza della Nutrizione Artificiale Domiciliare in Italia nel 2005: indagine epidemiologica SINPE, RINPE 2005; 23,3: 99-104

Corner U, Bondolfi A, Buhler E, et al., Ethical and legal aspects of Enteral Nutrition, Clin Nutr 2006; 25: 196-202

Sacchini D, Guglielmi FW, Nutrizione artificiale: il panorama delle posizioni in campo bioetica. RINPE 2006, 24 (1): 21-31.

Contaldo F, Alfonsi L, Santarpia L, Pasanisi F. Artificial Nutrition at the bioethic cross-road between treatment and basic health care. *Clinical Nutrition* 2006;25,171-172

3. Stato vegetativo permanente

Wade DT, Ethical issues in diagnosis and management of patients in the permanent vegetative state. *BMJ* 2001, 322:352-354

Gigli GL, Persistent vegetative state: let's not blow out the candle. *Neurol Sci*, 2002, 23: 251-254.

Silverman HG, Withdrawal of feeding tubes from incompetent patients: the Terri Schiavo case raises new issues regarding who decides in end-of-life decision making. *Intensive Care Med* 2005, 31(3):480-481

Gostin LO, Ethics, the constitution, and the dying process. The case of Theresa Marie Schiavo. *JAMA* 2005, 293:2403-2407

Annas GJ, " Culture of Life "Politics at the Bedside – the case of Terri Schiavo, *The New England Journal of Medicine* 2005, 352,16: 1710-1715

4. Paziente anziano

Ferrucci L, Marchionni N., Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi, *Giornale di Gerontologia* 2001, 49 (S): 1-76

Van der Steen JT, Pneumonia the demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *J Am Geriatr Soc* ,2002, 50: 1681-1688

Van der Steen JT, Treatment of nursing home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and The Netherlands: an ocean apart, *J Am Geriatr Soc* 2004, 52: 691-699

Boffelli S, Nutritional intervention in special care units for dementia, *J Am Geriatr Soc* 2004 Jul;52(7):1216-1217.

Ganzini L, Goy E.R., Miller L.L., Harvath T.A., Jackson A., Delorit M.A., Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death, *The New England Journal of Medicine* 2003, 349: 359-365

Boyd CM, Darer J., Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance, *JAMA* 2005;294(6):716-724

Alzheimer's Association. Dementia care practice recommendations for assisted living residences and nursing homes. Chicago (IL): Alzheimer's Association; 2005. 15 p

5. Paziente oncologico

Viola R.A., Wells G.A.: Peterson J., The effect of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review, *J. Palliat. Care* 1997, 13(4): 41-52

Winter SM., Terminal nutrition: framing the debate for withdrawal of nutritional support in terminally ill patients, *Am J Med* 2000;109:723-726

Bozzetti F., Home parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, a basic humane care or something in between?, *Clin Nutr* 2003;22:109-111

Glare P., Virik K., Jones M., A systematic review of physicians' survival prediction in terminally ill cancer patients, *BMJ* 2003, 327: 195-200