

... una piccola storia zen ...

**... muore il padre
muore il figlio
muore il nipote ...**

Condivisione integrata per la gestione del fine vita

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
RETE TRAPIANTI

Rete dei Coordinatori alla Donazione
DimMi... ancora 2018

alcune premesse a prescindere.....

valutazione economica

Il SSR è struttura di garanzia

Non ha il compito né la necessità di realizzare profitti

**Il suo compito di istituto è
aumentare la quantità totale di salute**

BENE COMUNE

trattamento sanitario

inguaribile / incurabile

PRENDERSI CURA

“I care” vs “I cure”

strategia di trattamento

**Trattamento
non-invasivo / invasivo**

ALLEANZA TERAPEUTICA

etica

beh, ...

SCELTA

Legge 22-12-2017, n. 219

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di
disposizioni anticipate
di trattamento. (18G00006)
(GU n.12 del 16-1-2018)

Legge 22-12-2017, n. 219 – art 8

Relazione alle Camere

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 22 dicembre 2017

MATTARELLA

Gentiloni Silveri, Presidente del
Consiglio dei ministri

Visto, il Guardasigilli: Orlando

“una buona legge buona”

NORME

- **COSTITUZIONE**
- **LEGGE 219/17**
- **CODICE DEONTOLOGICO**
- **CONVENZIONE DI OVIEDO**

2017: LEGGE 219/17

2014: CODICE DEONTOLOGICO MEDICO

2009: CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERISTICO

1997: CONVENZIONE DI OVIEDO

1948: COSTITUZIONE

OTTEMPERANZA

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

1- La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

1- La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata**, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

2- E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria.

In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

2- E' promossa e valorizzata la **relazione di cura e di fiducia** tra paziente e medico che **si basa sul consenso informato** nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria.

In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

3- Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

3- Ogni persona ha **il diritto di conoscere** le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.

Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, **è esente da responsabilità civile o penale.**

Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, **è esente da responsabilità civile o penale.**

Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. E' fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con **proprie modalità organizzative** la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La **formazione iniziale e continua** dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. E' fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

DimMi ... ancora 2018



Condivisione integrata per la gestione del fine vita

DimMi ... ancora 2018



ita

DimMi ... ancora 2018



ita

Raccomandazioni SIAARTI - 2018

PROPORZIONALITA' DELLE CURE CRITERI DI ACCESSO IN TI

MODELLO: “RIANIMAZIONE APERTA”

“Struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'equipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale”

Raccomandazioni SIAARTI - 2018

PESO DECISIONALE
CONDIVISIONE

IL PERCORSO DONATIVO E'
INDIPENDENTE DALLA LIFE-END STRATEGY

Alleanza terapeutica
Dignità
Attenzione all'altro
Rispetto
Etica
...

Raccomandazioni SIAARTI - 2018

SCHEMA DI SEDAZIONE PALLIATIVA COSCIENTE:

Fentanyl 1-10 mcg/kg/min
Propofol 0.5-3 mg/kg/h

**RETE TRAPIANTI
COORDINATORI OSPEDALIERI ALLA DONAZIONE
– EMILIA-ROMAGNA –**

2019

**GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI
FINE-VITA**

Background

1. Dichiarazione di Helsinki
2. Ethical Principles in Intensive Care
3. Codice di Deontologia Medica
4. Convenzione Europea di Oviedo sui Diritti Umani e la Biomedicina
5. Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione/dimissione dalla T.I. e per la limitazione dei trattamenti in T.I.
6. Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari: Carta degli Op. Sanitari
7. Pontificio Consiglio "Cor Unum"
8. LEGGE 219/2017
9. Raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente (Update 2018)
10. Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita. Consiglio d'Europa Dicembre 2014

VALORI FONDANTI

- 1.non-avvio o sospensione di un trattamento: eticamente equivalenti
- 2.i trattamenti intensivi possono/devono essere interrotti per:
 - inappropriata prosecuzione per motivi clinici
 - ritiro del consenso
 - mancata risposta alla terapia adottata
- 3.obbligo di assistenza anche nelle fasi terminali della vita
- 4.relazione di aiuto estesa all'intero nucleo familiare
- 5.motivazioni esplicitate con chiarezza

Obiettivo:

uniformare l'approccio dei clinici nei confronti delle situazioni di fine vita, ispirandosi ai seguenti principi fondamentali:

- **condivisione** delle decisioni intra equipe, maturate all'interno di una pianificazione condivisa e anticipata delle cure, che coinvolga anche il malato e/o i familiari;
- **rispetto** dell'autodeterminazione, della dignità e dell'identità della persona malata;
- astensione o interruzione dei **trattamenti** sproporzionati.

Campo di applicazione:

Si applica a ogni persona in condizioni cliniche caratterizzate da evoluzione prognostica sfavorevole, in cui la decisione di non intraprendere o proseguire trattamenti intensivi si basa sulla valutazione di appropriatezza e accettazione delle cure rispetto ai benefici attesi

TIPOLOGIA DELLE SITUAZIONI

- **RICOVERO IN TI NON APPROPRIATO**
- **RICOVERO IN TI APPROPRIATO MA NON ADOTTABILE per**
 - Rifiuto espresso da paziente cosciente
 - Rifiuto espresso da paziente non-cosciente
- **RICOVERO IN TI APPROPRIATO, POI INAPPROPRIATO per**
 - Mancato raggiungimento degli obiettivi
 - Comparsa di condizione a evoluzione sfavorevole
 - Evidenza di futilità del trattamento intensivo

TIPOLOGIA DELLE SITUAZIONI

- **DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI:**
Obiettivo strategico del SSN/SSR

1. HBD

2. NHBD

- **Donazione post-mortem (post-accertamento)**
- **Preselezione vs clinical governance**
- **Percorsi indipendenti:**
 - **accertamento/donazione**
 - **Life-end strategy/donazione**

PROCESSO DECISIONALE

- CLINICA
- STATUS DEL PAZIENTE
- VOLONTA' DEL PAZIENTE
- EQUIPE CURANTE
- NUCLEO FAMILIARE

PROCESSO DECISIONALE

- CLINICA
- STATUS DEL PAZIENTE
- VOLONTA' DEL PAZIENTE
- EQUIPE CURANTE
- NUCLEO FAMILIARE

OPPORTUNITA'
TERAPEUTICHE

CAPACITA' DI PARTECIPARE
AL PROCESSO DECISIONALE

PROCESSO DECISIONALE

- CLINICA
- STATUS DEL PAZIENTE
- **VOLONTA' DEL PAZIENTE**
- EQUIPE CURANTE
- NUCLEO FAMILIARE

VOLONTA' ATTUALE

DAT
FIDUCIARIO

PROCESSO DECISIONALE

- CLINICA
- STATUS DEL PAZIENTE
- VOLONTA' DEL PAZIENTE
- **EQUIPE CURANTE**
- NUCLEO FAMILIARE

CONDIVISIONE IN EQUIPE

MEDICI E INFERMIERI

EVENTUALE RIVALUTAZIONE

PROCESSO DECISIONALE

- CLINICA
- STATUS DEL PAZIENTE
- VOLONTA' DEL PAZIENTE
- EQUIPE CURANTE
- **NUCLEO FAMILIARE**

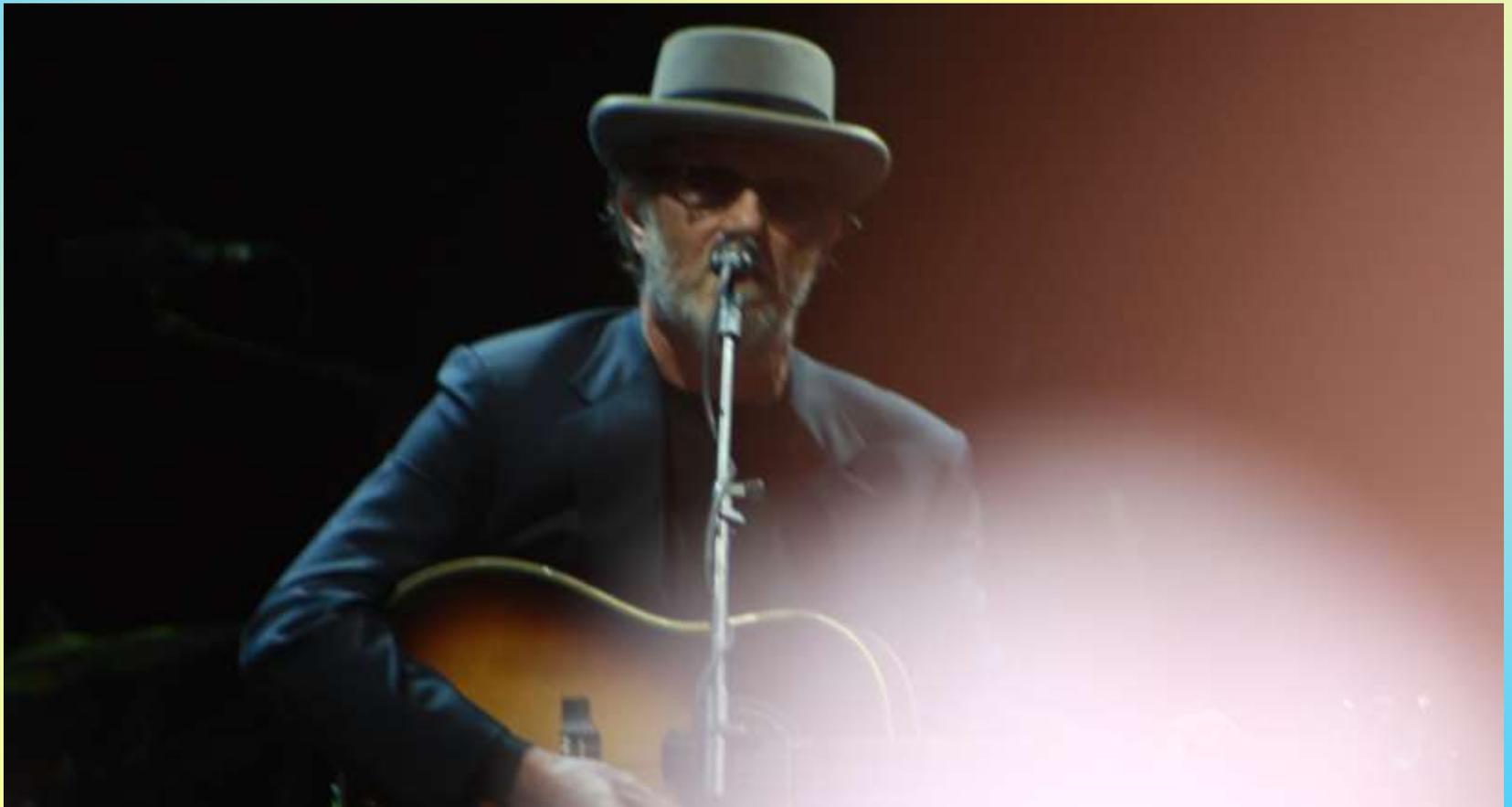
CONDIVISIONE CON IL
NUCLEO FAMILIARE

RELAZIONE DI AIUTO

ADATTAMENTO
DELL'ORGANIZZAZIONE

AMBIENTE

E qualcosa rimane...



OBIETTIVI

Evitare terapie futili
Garantire la dignità della persona
Rispettare le volontà espresse

MOTIVAZIONE

CONSIDERA L'ALTRO SEMPRE COME UN
FINE E NON MAI SOLO COME UN MEZZO

(IMMANUEL KANT)

ACCESSO IN RIANIMAZIONE

Il ricovero in Rianimazione è rivolto a pazienti con potenzialità positive

... quindi ...

RIAPPROPRIARSI DEL PROPRIO RUOLO CLINICO
CURARE PAZIENTE E GRUPPO FAMILIARE
NELLA SALUTE, NELLA MALATTIA, NELLA MORTE
FARLO ANCHE OLTRE LA FASE DELLA MORTE
RISPETTARE LE LEGITTIME SCELTE SOGGETTIVE
CONDIVIDERE L'EVENTO MORTE

... quindi ...

RIAPPROPRIARSI DEL PROPRIO RUOLO CLINICO
CURARSI DI PAZIENTE E GRUPPO FAMILIARE
NELLA SALUTE, NELLA MALATTIA, NELLA MORTE
FARLO ANCHE OLTRE LA FASE DELLA MORTE
RISPETTARE LE LEGITTIME SCELTE SOGGETTIVE
CONDIVIDERE L'EVENTO MORTE



Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Legge 22-12-2017, n. 219

Art. 1: CONSENSO INFORMATO

4. Il **consenso informato**, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è **documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o**, per la persona con disabilità, attraverso **dispositivi** che le consentano di comunicare.

Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso.

Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il **diritto di rifiutare, in tutto o in parte**, con le stesse forme di cui al comma 4, **qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento** sanitario indicato dal medico per la sua patologia **o singoli atti del trattamento** stesso.

Ha, inoltre, il **diritto di revocare in qualsiasi momento**, con le stesse forme di cui al comma 4, **il consenso** prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso.

Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Ai fini della presente legge, **sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale**, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, **il medico** prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e **promuove ogni azione di sostegno al paziente** medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, e' sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico puo' ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.

A tal fine, e' sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.

In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Disposizioni anticipate di trattamento

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico e' tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilita' di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

Disposizioni anticipate di trattamento

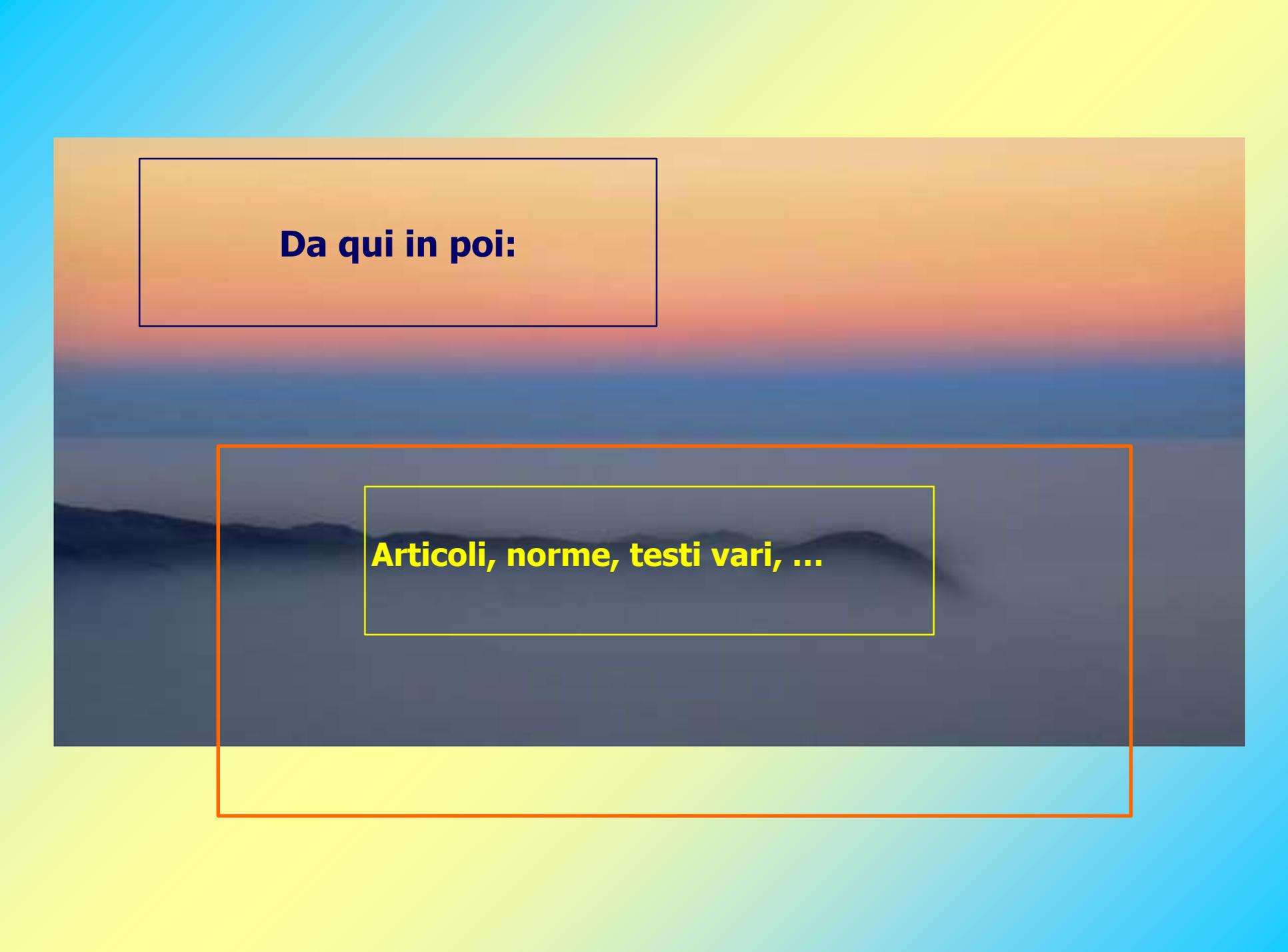
5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico e' tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilita' di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, puo' essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacita'.

Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità'.



Da qui in poi:

Articoli, norme, testi vari, ...

AOSP SAN CAMILLO-FORLANINI

Documento approvato dal Comitato Etico in data 12.09.2006

protocollo N° 1096

Dr. Giuseppe Renato Gristina

E' opportuno ricordare qui la posizione ufficiale di alcune autorevoli istituzioni ecclesiastiche * a proposito di inappropriatezza delle cure che, pur partendo da differenti presupposti teorici, giunge a considerazioni non dissimili da quelle contenute nei documenti della World Federation of Society of Intensive and Critical Care Medicine (W.F.S.I.C.C.M.) 2 e della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (S.I.A.A.R.T.I.), sottolineando in tal modo l'evidente identità delle tappe costitutive del percorso speculativo e sostanziando il criterio secondo il quale "l'etica è anzitutto la descrizione di ciò che si fa in una determinata società; l'ordine delle relazioni in cui gli uomini vivono in modo buono, vero, giusto in un determinato tempo e in un determinato luogo"

*

| Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari : Carta degli Operatori sanitari

| Pontificio Consiglio "Cor Unum" : Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e morenti

AOSP SAN CAMILLO-FORLANINI

Documento approvato dal Comitato Etico in data 12.09.2006

protocollo N° 1096

Dr. Giuseppe Renato Gristina

Così, nei loro documenti ufficiali, le due istituzioni religiose sopra citate * hanno stabilito quanto segue:

l " In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso del malato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio.

l È anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi

l È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire; non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere a un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso; 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

l 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 al malato in simili casi; perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo "

*

l Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari : Carta degli Operatori sanitari

l Pontificio Consiglio "Cor Unum" : Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e morenti

AOSP SAN CAMILLO-FORLANINI

Documento approvato dal Comitato Etico in data 12.09.2006

protocollo N° 1096

Dr. Giuseppe Renato Gristina

Così, nei loro documenti ufficiali, le due istituzioni religiose sopra citate * hanno stabilito quanto segue:

l " In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso del malato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio.

l È anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi

l È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire; non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere a un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso; 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

l 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 al malato in simili casi; perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo "

*

l Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari : Carta degli Operatori sanitari

l Pontificio Consiglio "Cor Unum" : Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e morenti

AOSP SAN CAMILLO-FORLANINI

Documento approvato dal Comitato Etico in data 12.09.2006

protocollo N° 1096

Dr. Giuseppe Renato Gristina

Così, nei loro documenti ufficiali, le due istituzioni religiose sopra citate * hanno stabilito quanto segue:

l " In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso del malato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio.

l È anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi

l È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire; non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere a un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso; 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

l 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 al malato in simili casi; perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo "

*

l Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari : Carta degli Operatori sanitari

l Pontificio Consiglio "Cor Unum" : Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e morenti

Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 5

Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato **consenso libero e informato**.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 5

Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato **consenso libero e informato**.

Questa persona riceve innanzitutto una **informazione adeguata** sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 5

Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato **consenso libero e informato**.

Questa persona riceve innanzitutto una **informazione adeguata** sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 5

Desideri precedentemente espressi

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

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 9

Desideri precedentemente espressi

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**

CONVENZIONE DI OVIEDO
Art. 9

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
Art. 16

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non
proporzionati

Il medico, **tenendo conto delle volontà espresse dal paziente** o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. Il **controllo efficace del dolore** si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
Art. 16

Atti finalizzati a provocare la morte

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
Art. 17

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e **successive a un'informazione medica** di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, **prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative**, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Rifiuto consapevole di alimentarsi

Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA
Art. 53

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

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 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.

CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERI
Art. 35-36-37

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della **palliazione** e del **conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale**.

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 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.

CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERI
Art. 35-36-37

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della **palliazione** e del **conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.**

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 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.

CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERI
Art. 35-36-37

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della **palliazione** e del **conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.**

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 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.**

CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERI
Art. 35-36-37

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 disposizione di legge.

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA
Art. 32

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 disposizione di legge.

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA
Art. 32

TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI

1. VACCINAZIONI OBBLIGATORIE
2. "TSO" – "ASO"

ANALOGIA CON:

1. Donazione di organi
2. Trasfusioni
3. Interventi chirurgici anche in urgenza
4.

PROTEZIONE DEL
SOGGETTO DEBOLE

TUTELA DEL DIRITTO

