

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Legge 22 dicembre 2017, n.219

Modena, 10 maggio 2019

Sabino Pelosi

S.C. Medicina legale e Risk Management



Legge

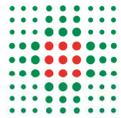
STRUTTURALMENTE SEMPLICE - 8 articoli (di cui 3 – artt.6,
7 e 8 - di natura squisitamente amministrativa)

LESSICO SEMPLICE

TAGLIO OPERATIVO

UMANIZZAZIONE DELLE CURE – relazione, relazione di
cura, relazione di fiducia, tempo della comunicazione,
tempo di cura

CONDIVISIONE DELLE CURE – tra *paziente* e medico



Si struttura prevalentemente su tre aree tematiche:

- il consenso informato (art. 1);
- le disposizioni anticipate di trattamento (art. 4);
- la pianificazione condivisa delle cure, l'alleanza terapeutica tra medico e paziente (art. 5).



- consenso informato → manifestazione di volontà attuale del paziente.
- disposizioni anticipate di trattamento → manifestazione di volontà per il futuro (cosiddetta autodeterminazione preventiva).
- pianificazione condivisa delle cure → consenso è di tipo programmatico.



Il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non rappresenta più solo il requisito indispensabile di liceità del trattamento, ma va inquadrato nell'ambito di un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino, afferente al più generale diritto all'integrità della persona (artt.2, 13 e 32 della Costituzione).

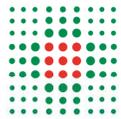
Art. 2: tutela e promuove i diritti fondamentali della persona umana, della sua identità e dignità

Art. 13: proclama l'inviolabilità della libertà personale

Art. 32: tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori



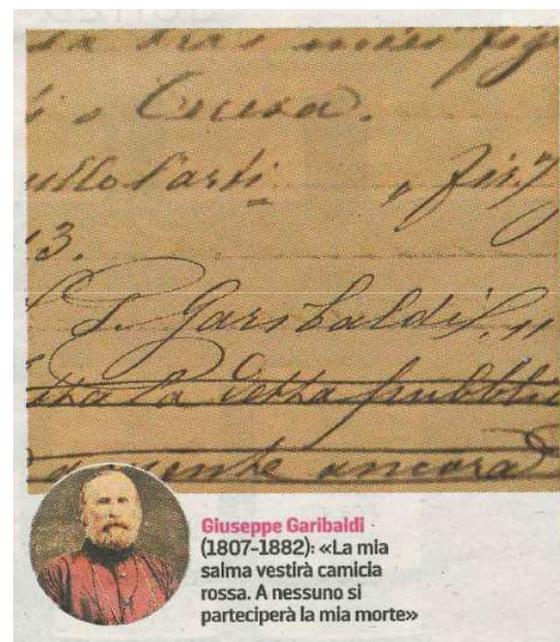
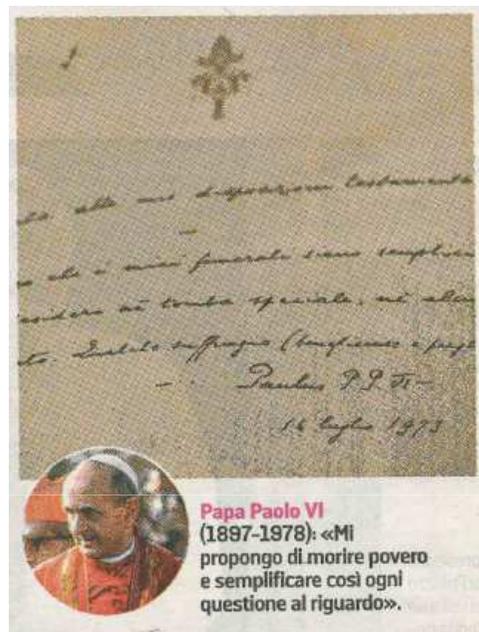
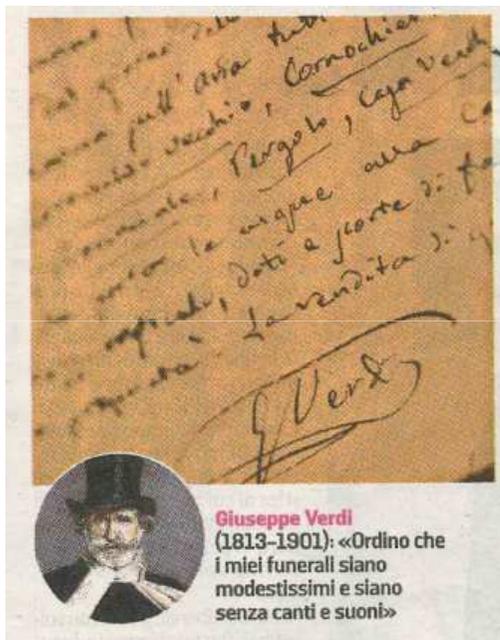
L'acquisizione del consenso del paziente ai trattamenti consolida il rapporto sanitario, garantendo al paziente il rispetto delle sue volontà e ponendo le condizioni per un più sereno espletamento dell'attività professionale svolta dal personale sanitario coinvolto in quella relazione.



La Legge viene anche definita come "testamento biologico" o "biotestamento" o, ancora, "testamento di vita (*living will*).

Si tratta di una espressione descrittiva suggestiva ma non corretta sul piano tecnico-giuridico.

La disposizione di fine vita, infatti, non corrisponde a un atto *mortis causa* cui l'autore affidi la regolamentazione dei propri interessi per il tempo in cui avrà cessato di vivere; al contrario, essa integra una manifestazione di volontà destinata ad avere efficacia quando l'autore è ancora in vita, relativa alle cure cui lo stesso intende sottoporsi.

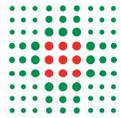


Testamento: attitudine della persona a stabilire, attraverso l'atto di ultima volontà, la sistemazione dei propri interessi, patrimoniali e non, per il tempo in cui il soggetto avrà cessato di vivere.



L'espressione "testamento biologico" è quindi, unicamente comune all'atto di ultima volontà (testamento), ove si consideri la proiezione nel futuro della volontà dell'autore, tale da rinviare i limiti dell'autodeterminazione individuale oltre la perdita della coscienza.

(DAT ‘...documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato...’).



“È singolare che oggi si debba parlare di un diritto di *morire*, quando da sempre il discorso sui diritti si è riferito a quello che è il più fondamentale di tutti: il diritto di *vivere*”

(H. Jonas, filosofo, “Right to die”, 1978)



Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni di fine vita in ordine ai trattamenti sanitari da ricevere, da un lato prende spunto dalla crescente invasività delle tecniche in ambito sanitario che, oltre ad offrire intuibili vantaggi, possono presentare alti costi laddove portano solo a prolungare una condizione di fine vita senza offrire significativi miglioramenti.

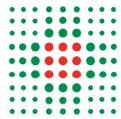


Dall'altro, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative, sollevano il tema della tutela della dignità ed integrità della persona in tutte quelle situazioni in cui le accresciute possibilità offerte dall'evoluzione della medicina possano ingenerare dubbi, di tipo etico prima ancora che scientifico, sul tipo di trattamento sanitario da porre in essere.



La necessità di un intervento normativo positivo, emerge sotto il profilo giuridico a chiare lettere da una pronuncia della **Corte d'Assise d'Appello di Milano** che dovette giudicare il fatto verificatosi il 21 giugno 1998, quando un ingegnere, E.F., si introdusse all'interno del Reparto di Rianimazione dell'Ospedale Nuovo San Gerardo di Monza, ove si trovava ricoverata la moglie, E.M. in coma irreversibile. L'imputato minacciò il personale medico e paramedico con una pistola, poi risultata scarica, e staccò la spina del respiratore che la teneva in vita.

In primo grado, l'imputato fu condannato dalla Corte d'Assise di Monza a sei anni e sei mesi di reclusione per omicidio volontario aggravato dalla premeditazione e dall'essere stato commesso contro il coniuge, violenza privata aggravata dall'uso delle armi oltre che per porto illegale di pistola, sottolineando che per tutti i reati gli era stata concessa l'attenuante di cui all'art.62, n.1, c.p. (confermata in appello) per aver agito quindi per motivi di particolare valore morale e sociale.



In secondo grado, la Corte d'Assise d'Appello riformò la Sentenza di primo grado considerando la possibilità che la donna fosse già clinicamente morta al momento del suo intervento.

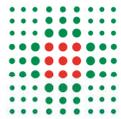
La Corte, citando la disciplina dei trapianti, operò una distinzione tra arresto cardiocircolatorio e morte cerebrale e ritenne fosse già sopraggiunta la morte cerebrale.

Si è trattato, dunque, di un reato impossibile per inesistenza dell'oggetto dell'azione criminosa e, in particolare, di un omicidio impossibile per insufficienza della prova dell'esistenza in vita della persona che l'imputato avrebbe inteso sopprimere.



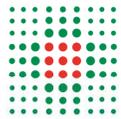
Se la vicenda si fosse verificata oggi, il marito non avrebbe avuto alcun motivo di compiere azioni di forza e così eclatanti, potendo chiedere di essere nominato tutore della moglie.

Una volta ottenuta la tutela, la situazione sarebbe rientrata nelle previsioni dell'art.3 della L. 219/2017 e il tutore avrebbe avuto titolo per esprimere consenso o dissenso per le cure.



Ancora il caso Welby 2006 (distrofia muscolare con necessità di sostegno di ventilatore meccanico) ove il soggetto chiese il distacco dell'apparecchio che lo teneva in vita.

Trib. di Roma (16.12.06) '...Il principio dell'autodeterminazione e del consenso informato è una grande conquista delle società culturalmente evolute; esso permette alla persona, in un'epoca in cui continue conquiste e novità scientifiche nel campo della medicina consentono di prolungare artificialmente la vita...di decidere autonomamente e consapevolmente se effettuare o meno un determinato trattamento sanitario e di riappropriarsi della decisione sul se e a quali cure sottoporsi... nel corso degli anni è profondamente mutato il modo di intendere il rapporto medico - paziente, e il segno di questa trasformazione è proprio nella rilevanza assunta dal consenso informato, che ha spostato il potere di decisione dal medico al paziente, in cui quest'ultimo è diventato protagonista del processo terapeutico...'.

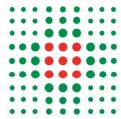


Tuttavia, nonostante la modernità del percorso argomentativo, in allora, il ricorso di Piergiorgio Welby fu dichiarato inammissibile per mancanza, nel sistema giuridico italiano, di una normativa specifica: l'ordinamento, considerato nel suo complesso '...non prevede nessuna disciplina specifica sull'orientamento del rapporto medico - paziente e sulla condotta del medico ai fini dell'attuazione pratica del principio dell'autodeterminazione per la fase finale della vita umana, allorché la richiesta riguardi il rifiuto o l'interruzione di trattamenti medici di mantenimento in vita del paziente...'



Medesimi concetti vengono espressi dalla Corte di Cassazione nel caso Englaro:

'...Il consenso informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato, l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente; la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi...Il principio del consenso informato - il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente e sulla sua libertà di autodeterminazione terapeutica che sui doveri del medico - ha un sicuro fondamento nelle norme della Costituzione...'



Il passaggio successivo riguarda la correlazione tra consenso informato e possibilità di rifiutare le terapie, anche nella fase terminale della malattia, tema questo in ordine al quale i giudici di legittimità adottano una posizione molto netta: la possibilità di rifiutare le terapie è conforme al principio personalistico che anima la Costituzione (*'...il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire...'*). Il rifiuto delle cure è cosa diversa dall'eutanasia, in quanto esprima la volontà del malato che la sua malattia segua il proprio corso naturale.



art.1, co.1

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.

- Trattamenti sanitari volontari
- Consenso dell'avente diritto
- Relazione/Alleanza terapeutica (obbligo di rispettare le volontà) “...è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato..” - art.1, co.2)
- Importanza della documentazione sanitaria



Diritto di rifiutare tutte le cure (anche vitali)

Legge, art.1 co.1:

“la presente legge... 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...”

art. 32 della Costituzione

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge...”



CONSENSO INFORMATO (art.1)

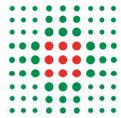
“...È promossa e valorizzata la **relazione di cura** e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul **consenso informato** nel quale si incontrano l'**autonomia decisionale del paziente** e la **competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico...**”

“...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 un persona di fiducia...”



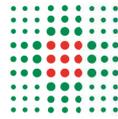
Quanto al contenuto del consenso particolarmente incisiva è la natura delle informazioni da fornire al paziente ‘...ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative...’ e al tipo di manifestazione di volontà del paziente (art.1, co.3).



“Fa tutto questo con calma e competenza, nascondendo il più delle cose al paziente mentre ti occupi di lui.

Dà gli ordini necessari con voce lieta e serena, distogliendo la sua attenzione da ciò che gli viene fatto; qualche volta dovrai rimproverarlo in modo aspro e risentito, altre volte dovrai confortarlo con sollecitudine e attenzione, senza nulla rivelargli della sua condizione presente o futura”.

Ippocrate



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

ANNALI DELL'UNIVERSITÀ DI FERRARA

(Nuova Serie)

Sezione XVI - MEDICINA LEGALE - VOL. II, N. 3

IL CONSENSO ALLA PRESTAZIONE
MEDICO-CHIRURGICA

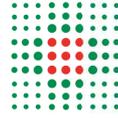
Convegno dell'Associazione Emiliano-Romagnola
di Medicina legale e delle Assicurazioni
tenuto in Ferrara il 7 febbraio 1970



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
1971

Prof. FRANCESCO DE FAZIO

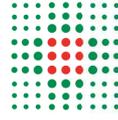
Professore incaricato di Antropologia Criminale
dell'Università di Modena.



ritengo opportuno soffermarmi su un aspetto particolare, quello concernente i momenti psicologici del consenso. Aspetto a mio avviso molto importante in quanto consente un interessante approccio alla tematica dei rapporti fra medico e paziente, solitamente indagata sotto una prospettiva giuridica.

Un tempo, stante la natura eminentemente fiduciaria del rapporto medico-paziente, il problema del consenso non veniva mai o quasi mai in discussione. Il paziente si affidava al proprio medico — il vecchio medico di famiglia, evocato con espressione più recente come il « medico della persona » — senza sindacarne a priori nè a posteriori l'attività diagnostica o terapeutica. Il consenso era dunque implicito, pieno e senza alcuna riserva, tanto che nella prassi giuridiziarla potevano semmai venire alla ribalta non i casi in cui il medico avesse agito *senza* il consenso, ma al più quelli in cui avesse eventualmente agito *contro* il consenso dell'interessato.

I tempi sono ora mutati ed il passaggio ad una fase di rapporti più anonimi, talvolta spersonalizzati, strutturati nell'ambito di sistemi di vasta portata sociale — unitamente ad altri fattori, quale ad es. la maggiore informazione dovuta alla divulgazione delle conoscenze mediche, ecc. — ha portato per così dire ad una presa di coscienza da parte del malato, che tende sempre più a strutturare il rapporto con il medico su base contrattuale, cioè in termini di dare ed avere.



Inoltre, oggi come per il passato, il paziente suole assumere inizialmente un ruolo per così dire passivo, partecipando ben raramente alle decisioni circa i mezzi diagnostici o terapeutici, la cui scelta viene in genere attuata dal medico con piena discrezionalità. In virtù delle riserve insite nel consenso, il paziente si rivela però, oggi più che per il passato, facilmente disposto a criticare a posteriori l'operato del medico, essenzialmente in base alla valutazione dei risultati della prestazione.

Da qui gli sforzi della dottrina giuridica e medico-legale di pervenire su base esegetica (in riferimento ai disposti di cui all'art. 50 C.P., all'art. 5 C.C. ed all'art. 32 della Carta Costituzionale) ad una più precisa normativa del consenso nell'ambito dei rapporti fra medico e malato, rapporti che fino a qualche decennio addietro venivano egregiamente ed altrettanto semplicisticamente regolati in base alle antiche norme ipocratiche.

In questi casi il consenso — dovrebbe costituire una manifestazione di volontà lucida e consapevole, da parte di una persona dotata di capacità giuridica o da parte di chi ne ha legale tutela — si rivela in effetti un artificio formale.



Art. 1 co. 5: ‘...Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al co.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 co.4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.



- Diritto di essere informato/non essere informato
(familiare/persona di fiducia)

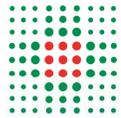
- Adesione alle cure

- Diritto di rifiutare le cure → Revoca

art.1, co.5 ‘...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...’

DOCUMENTATO IN FORMA SCRITTA
(VIDEOREGISTRAZIONI/DISPOSITIVI PER LA COMUNICAZIONE)

CARTELLA CLINICA



DIRITTO DI RINUNCIARE O RIFIUTARE TRATTAMENTI SANITARI NECESSARI ALLA PROPRIA SOPRAVVIVENZA

*“...ai fini della presente legge sono considerati trattamenti sanitari la
nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale...”*

art.32 della Costituzione



Nella relazione di cura così disegnata, il consenso è quindi il tessuto stesso della relazione.

Riduttivo qualificarlo come 'informato', posto che, si tratta chiaramente, così come definito dalla Legge, di un 'percorso' - e certamente non di un mero atto amministrativo che si esaurisce nel momento stesso in cui il paziente lo sottoscrive - potendosi modificare nel tempo.

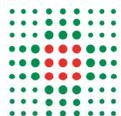


RESPONSABILITÀ DEL MEDICO (art.1, co.6)

“Il medico è tenuto a rispettare le volontà espresse 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”

“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”



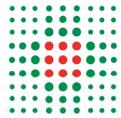
art.1, co.8

RELAZIONE DI CURA

«Tempo di cura»

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

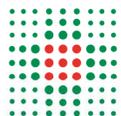
TEMPO DI CURA



RELAZIONE DI CURA

Art. 20 - Codice di Deontologia Medica

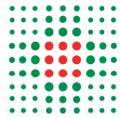
“...il tempo della comunicazione quale tempo di cura”



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

“Le parole sono medicine
per l'animo che soffre”

Eschilo



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

“Scrivere una ricetta è facile,
parlare con un paziente è
molto, molto più difficile”

Kafka



Art.1
co.9 e 10

Strutture sanitarie

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. 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.

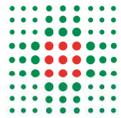
Cure palliative e terapia del dolore entrano a pieno titolo nei tirocini degli studenti in medicina.

Intervista a Lenzi dopo la decisione unanime dei presidi di Medicina

Dal prossimo anno accademico, tutti i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia dovranno prevedere tirocini professionalizzanti sui temi delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore. A deciderlo la Conferenza permanente dei Presidenti di Corso in Medicina, attraverso una mozione votata all'unanimità. Il presidente Andrea Lenzi: "Misura necessaria. Non è possibile che un laureato in medicina non conosca le problematiche della palliazione e del fine vita".



Consenso informato (art. 1)	c.6: 'Il medico è <u>tenuto</u> a rispettare la volontà espressa dal paziente...' c.9: 'Ogni struttura sanitaria pubblica o privata <u>garantisce</u> ...'
Divieto di ostinazione nelle cure (art. 2)	c.1: 'Il medico, avvalendosi dei mezzi appropriati allo stato del paziente, <u>deve adoperarsi</u> ...' c.2: '...Il medico <u>deve astenersi</u> da ogni ostinazione irragionevole...'
Disposizioni anticipate di trattamento (art. 4)	c.5: '...il medico <u>è tenuto</u> al rispetto delle DAT...'
Pianificazione condivisa delle cure (art. 5)	c.1: '...può essere realizzata una pianificazione delle cure... alla quale il medico e l'equipe sanitaria <u>sono tenuti ad attenersi</u> ...'



VOLONTÀ DEL PAZIENTE

- diritto costituzionalmente riconosciuto (art. 32)
- diritto deontologicamente riconosciuto (artt.33 e 35)

dal 31/1/2018

- diritto riconosciuto dalla Legge 219/2017



Codice di Deontologia Medica

Art. 33

Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.



Codice di Deontologia Medica

Art. 35

Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.



art.2

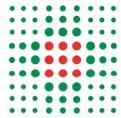
Divieto di ostinazione nelle cure

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.

Terapie del dolore/Cure palliative
Medico di Medicina Generale



L'ostinazione irragionevole è espressione talvolta usata, ma obsoleta e del tutto pleonastica: ci mancherebbe che il medico potesse, senza ostinarsi, fare cose irragionevoli – o viceversa. È una singolare duplicazione di concetti che rinvia, forse, alla preoccupazione di porre un limite anche alla semplice prosecuzione di cure avviate come appropriate/proporzionate; ma la cura non è appropriata in sé e per sempre, e se diventa inutile è futile o sproporzionata; quindi la duplicazione di concetti va risolta senza residui a favore dell'ultima parte del testo.



ACCANIMENTO TERAPEUTICO

- divieto deontologicamente riconosciuto (art.16)

dal 31/1/2018

- divieto legalmente riconosciuto (art. 2 L. 219/2017)



Codice di Deontologia Medica

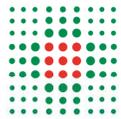
Art. 16

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 dell'Infermiere

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.

Articolo 38

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

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.



*Disposizioni
anticipate di
trattamento
(DAT)*

art.4

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.

Il medico è 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 possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

linee guida?



Atto pubblico o scrittura privata (videoregistrazione/dispositivi per la comunicazione) autenticata ovvero scrittura privata consegnata personalmente presso l'**ufficio dello stato civile** (registro) oppure presso le **strutture sanitarie**, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Servizi Demografici Prot. Uscita del 08/02/2018 Numero: 0000409 Classifica: 15100.area 3	  2 0 4 0 6 7 7 6 5 4 7 0 0	 Ministero dell'Interno
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI DEMOGRAFICI		
N. 15100.area3 Circolare n. 1/2018	Roma, data protocollo	

Quanto alle indicazioni in merito alle modalità di trasmissione delle DAT alle «*strutture sanitarie*», si segnala che le stesse richiedono la preventiva emanazione del decreto del Ministro della Salute previsto dall'art. 1, comma 419, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio 2018), il cui *iter* stabilisce il coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni, nelle forme dell'intesa, ed il preliminare parere del Garante per la protezione dei dati personali.



Codice di Deontologia Medica

Art. 38

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.



art.5

Pianificazione condivisa delle cure

Nella relazione tra paziente e medico, 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'équipe 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.

Alleanza terapeutica

Tipologia 'intermedia' tra il consenso attuale e le DAT
Proiezione del consenso al futuro



Codice di Deontologia Medica

Art. 26

Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

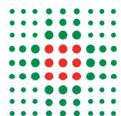
Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.



In sintesi, abbiamo una legge che rispetta i principi acquisiti e li traduce in norme: è decisamente più semplice comunicare ai medici la disciplina nei punti essenziali che servono poi da guida nella operatività quotidiana.

I momenti di criticità rinviano a:

- l'attuazione delle previsioni legislative specie per quanto riguarda l'adozione di un registro nazionale delle DAT;
- le modalità di acquisizione del consenso - salvo rare eccezioni - hanno ridotto a mera formalità l'acquisizione dello stesso con tempi contingentati e quasi sempre del tutto inadeguati;
- la formazione dei medici non conosce, specie nel percorso universitario, il tema della relazione e della comunicazione, orienta quindi gli studenti a concepire la cura come pura prestazione tecnica sull'oggetto-malato.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

GRAZIE PER L'ATTENZIONE