



SCACCO MATTO

A DOLORE DERMATITI & RISK MANAGEMENT

TREVISO, 22 settembre 2018

INFORMAZIONE E CONSENSO FRA  
MEDICO E PAZIENTE/CITTADINO  
II FINE VITA

# CONSENSO e MMG

*Il sig. X verso le ore 9,30 di un giorno Y, avvertendo un dolore retrosternale con indolenzimento del braccio sinistro, si recava presso l'ambulatorio del medico di base (accanto alla sua abitazione). Dopo Anamnesi (fumatore, iperteso), Esame obiettivo e ECG, valutati anche i dolori predetti ed un bruciore precordiale con sudorazione fredda veniva subito diagnosticato che **era in atto un IMA, da ritenersi grave**. Il medico disse subito al X che **doveva ricoverarsi, ottenendone più volte un fermo rifiuto**.*

*X preso l'ECG ed il certificato con la diagnosi tornò a casa sua, dove, dopo avere fatto vedere alla madre la documentazione medica, **disse che doveva andare in Pronto Soccorso, ma non da solo, e subito s'accasciò a terra, fulminato dall'infarto (10.41)**.*

# CONSENSO e MMG

## **ACCUSA:**

*Interventi idonei alla difesa della vita, per cui appare in conferente il richiamo all'art. 32 Cost.*

*Consenso/dissenso che deve essere formulato per iscritto ...  
DOVENDOSI DIMOSTRARE CHE IL PAZIENTE SIA STATO  
ADEGUATAMENTE INFORMATO E CHE POI ABBIA  
ESPRESSO CON CHIAREZZA LA PROPRIA MEDITATA  
DETERMINAZIONE.*

*...non ha tenuto conto alcuno dei comportamenti minimi  
emergenziali richiesti, NON CHIAMANDO UN'AMBULANZA...  
non informando nemmeno direttamente i familiari del malato.*

*non avere egli fatto in modo che il C. fosse immediatamente  
ricoverato in ospedale, unico luogo dove poteva essere curata  
la sua grave patologia.*

# CONSENSO e MMG

*...ha immediatamente diagnosticato la gravità della malattia (IMA in atto)*

*...ripetutamente insistito con il paziente affinché si ricoverasse immediatamente in ospedale, ottenendone reiterati rifiuti.*

*AI RIFIUTO OPPOSTO DA QUEST'ULTIMO solo un'azione violenta, nel senso di caricarlo a forza contro la sua volontà nell'autoambulanza ovvero nell'autovettura, avrebbe sortito l'effetto richiesto, e certamente, pur versando in pericolo di vita, il trattamento terapeutico, e, ancor meno, le modalità di trasporto, non potevano essere imposte contro la volontà del paziente.*

**CASSAZIONE IV SEZIONE PENALE N° 38852/2005**

# CONSENSO e MMG

...VOI COSA AVRETE FATTO SE  
VI FOSSE TROVATI «AL POSTO»  
DEL VOSTRO COLLEGA??????

# RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

ERA DEL PATERNALISMO MEDICO



ERA DELL'AUTONOMIA DEL PAZIENTE



ERA DELLA BUROCRAZIA PARSIMONIOSA

## *INFORMED CONSENT*

Condanna per i danni patiti da Martin Salgo, un paziente di 55 anni affetto da **vasculopatia che, in seguito ad un'arteriografia, aveva riportato la paralisi permanente delle gambe.** Il tribunale americano sentenziò la responsabilità dei medici perché, prima di eseguire l'esame, *non avevano informato il paziente delle possibili complicazioni,* poi effettivamente accadute, *ledendo,* in tal modo, il ***SUO DIRITTO AD ESSERE COMPIUTAMENTE AVVERTITO SU TUTTI GLI ASPETTI DELLA PROPRIA MALATTIA,*** i test diagnostici e le cure necessarie.

Cass SEZ. V PENALE - 13 Maggio 1992 - n. 5639 "MASSIMO"


*il chirurgo che, in assenza di necessità ed urgenze terapeutiche, sottopone il paziente, ad intervento operatorio di assai più grave entità rispetto a quello meno cruento, e non devastante, e comunque di più lieve entità, del quale lo abbia preventivamente informato e che solo sia stato da quegli consentito, commette il reato di lesioni volontarie, irrilevante essendo, sotto il profilo psicologico, la finalità pur sempre curativa della sua condotta ...***“UN ATTO SOLO FORMALMENTE TERAPEUTICO E SOSTANZIALMENTE ILLECITO”.**

**OMICIDIO PRETERINTENZIONALE**



# operata al menisco sbagliato

*in clinica per curare il ginocchio sinistro: il chirurgo le  
guarisce " il destro*

*Donna 65 aa; Lacerazione menisco mediale del ginocchio  
sinistro. TAC  meniscectomia mediale a sinistra in  
artroscopia, ginocchio destro a posto.*

*Intervento in anestesia generale, al risveglio: "MA CHE AVETE  
FATTO? AVETE OPERATO IL GINOCCHIO SANO?". Altro  
intervento a sinistra.*

*L'ortopedico: "ANDAVA OPERATO ANCHE IL GINOCCHIO  
DESTRO; *l' artroscopia diagnostica, esame molto piu' preciso  
della Tac, aveva evidenziato una lesione al menisco mediale  
destro".**



IL CONSENSO È UN  
PREREQUISITO DI LICEITÀ  
DELL'ATTO MEDICO

# DISSENSO ALLA CURE: CASO ENGLARO

“il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte... esprimendo un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale”. Per cui, correlativamente, “in presenza di una determinazione autentica e genuina dell'interessato nel SENSO DEL RIFIUTO DELLA CURA, IL MEDICO NON PUÒ CHE FERMARSI, ANCORCHÉ L'OMISSIONE DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO POSSA CAGIONARE IL PERICOLO DI UN AGGRAVAMENTO DELLO STATO DI SALUTE DELL'INFERMO E, PERSINO, LA SUA MORTE”

# DISSENSO - TESTIMONI DI GEOVA

*...VA RICONOSCIUTO AL PAZIENTE UN VERO E PROPRIO DIRITTO DI NON CURARSI, ANCHE SE TALE CONDOTTA LO ESPONGA AL RISCHIO STESSO DELLA VITA.* il testimone di Geova, maggiorenne e pienamente capace, a negare il consenso alla terapia trasfusionale, essendo in tal caso il **medico obbligato alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e terapeutico**. Il conflitto tra due beni - entrambi costituzionalmente tutelati - della salute e della libertà di coscienza non può essere risolto *sic et simpliciter* a favore del primo, sicché **ogni ipotesi di emotrasfusione obbligatoria diverrebbe per ciò solo illegittima perché in violazione delle norme costituzionali sulla libertà di coscienza e della incoercibilità dei trattamenti sanitari individuali**

# DISSENSO - TESTIMONI DI GEOVA

così, un rifiuto "autentico" della emotrasfusione da parte del testimone di Geova capace - avendo, in base al principio personalistico, ogni individuo il diritto di scegliere tra salvezza del corpo e salvezza dell'anima - **ESCLUDE CHE QUALSIASI AUTORITÀ STATUALE - LEGISLATIVA, AMMINISTRATIVA, GIUDIZIARIA - POSSA IMPORRE TALE TRATTAMENTO: IL MEDICO DEVE FERMARSI.**

*...nell'ipotesi di pericolo grave ed immediato per la vita del paziente, il dissenso del medesimo debba essere oggetto di manifestazione espressa, inequivoca, attuale, informata.*

**Cass. Civile III - 15 settembre 2008, n. 23676**

# CONSENSO INFORMATO IN AMBITO «CIVILE»

...la violazione, da parte del medico, del dovere di informare il paziente, può causare due diversi tipi di danni: un danno alla salute, sussistente quando sia ragionevole ritenere che il paziente, su cui grava il relativo onere probatorio, se correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti; un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione, predicabile se, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (ed, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute.

# CONSENSO INFORMATO IN AMBITO «CIVILE»

Ad una corretta e compiuta informazione consegue, difatti:

a)il diritto, per il paziente, di scegliere tra le diverse opzioni di trattamento medico;

b)la facoltà di acquisire, se del caso, ulteriori pareri di altri sanitari;

c)la facoltà di scelta di rivolgersi ad altro sanitario e ad altra struttura, che offrano maggiori e migliori garanzie (in termini percentuali) del risultato sperato, eventualmente anche in relazione alle conseguenze post-operatorie;

d)il diritto di rifiutare l'intervento o la terapia - e/o di decidere consapevolmente di interromperla;

e)la facoltà di predisporre ad affrontare consapevolmente le conseguenze dell'intervento, ove queste risultino, sul piano post-operatorio e riabilitativo, particolarmente gravose e foriere di sofferenze prevedibili (per il medico) quanto inaspettate (per il paziente) a causa dell'omessa informazione.

# CONSENSO INFORMATO: TAKE HOME MESSAGE Anno 2018

- Il Dissenso Informato alle cure deve essere sempre rispettato;
- La incompleta/inidonea assunzione del consenso in ambito civile, a prescindere dall'esito, viola sempre il contratto medico-paziente determinando un probabile risarcimento di un danno!!!



# Consenso informato e trattamenti sanitari: Normativa

• Art. 2, 13 e 32 Costituzione

• Convenzione Oviedo

• legge 4 maggio 1990 n.107 (emotrasfusioni)

• legge

16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

• D.Lgs LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

legali)

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

• Farmac

• Trapianti

• Codice deontologico 2014

• LEGGE 23 marzo 2016, n. 41

• "Diritto Giurisprudenziale"

*medico-*

# FARMACI OFF-LABEL

Bambina 12 aa, obesità di grado medio su base "funzionale", terapia con **Topamax** (antiepilettico con effetto collaterale anoressizzante) in dosaggi superiori a quelli consentiti (200 mg al giorno, dose in seguito raddoppiata).

sonnolenza, incubi, emicrania, depressione, eccitabilità ed un episodio di allucinazioni per una durata superiore a giorni 40

**Esito:** condanna del medico per lesioni colpose gravi.

**Cassazione, IV Penale, 24 giugno 2008, n. 37077**

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

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.

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.

**8. IL TEMPO DELLA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE COSTITUISCE TEMPO DI CURA.**

## CASSAZIONE - III SEZ. CIV. 18334/ 2013

Il professionista sanitario ha l'obbligo di fornire tutte le informazioni possibili al paziente in ordine alle cure mediche o all'intervento chirurgico da effettuare tanto è vero che deve sottoporre al paziente, perché lo sottoscriva, UN MODULO NON GENERICO, DAL QUALE SIA POSSIBILE DESUMERE CON CERTEZZA L'OTTENIMENTO IN MODO ESAUSTIVO DA PARTE DEL PAZIENTE DI DETTE INFORMAZIONI.



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

5. Ogni **PERSONA CAPACE DI AGIRE** ha il **DIRITTO DI RIFIUTARE, IN TUTTO O IN PARTE QUALSIASI ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO O TRATTAMENTO SANITARIO...**

6. IL MEDICO **SI DISSENSO ALLE CURE...** PRESSA 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 **...MA FINO A CHE PUNTO???** ALLE BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI; A FRONTE DI TALI RICHIESTE, IL MEDICO NON HA OBBLIGHI PROFESSIONALI.

# CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2014

## Art. 15 Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica

I trattamenti che comportino una diminuzione della integrità e della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

### **CAPO V - ASSISTENZA AI MALATI INGUARIBILI**

#### **Art. 36 Eutanasia**

*Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte.*

# Il Consenso

(elenco indicativo e non esaustivo)



1. Cassazione Civile Sez. III - 17022/2018
2. Cassazione Civile Sez. III - 20885/2018
3. Cassazione Civile Sez. III - 15749/2018
4. Cassazione Civile Sez. III - 17022/2018
5. Cassazione Civile Sez. III - 7248/2018
6. Cassazione Civile Sez. III - 10608/2018
7. Cassazione Civile Sez. III - 7516/2018
8. Cassazione Civile Sez. III - 9179/2018
9. Cassazione Civile Sez. III - 9180/2018
10. Cassazione Civile Sez. III -  
236918/2018
11. Cassazione Penale Sez. IV - 2354/2018
12. Corte d'Appello di Genova - 11/2018
13. Tribunale di Modena - 136/2018
14. Tribunale di Termini Imerese 465/2018

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE  
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI  
DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E  
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

c) **ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO**. ...l'incremento dell'incidenza di *malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie*. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un **CAMBIAMENTO CULTURALE RELATIVO ALLE MODALITÀ DI APPROCCIO AL BISOGNO DI SALUTE**. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.



# Informazione e consenso alle CURE PALLIATIVE

Devo informare un paziente delle ragioni dell'ingresso in un Hospice?

Chi deve informarlo? (medico curante, specialista...parente)

Cosa devo/posso dire?

Che ruolo possono avere/hanno i parenti?

## «Mio padre malato terminale morto dopo 56 ore al pronto soccorso del S. Camillo di Roma»

**Signora ministra,**

*sono passati circa tre mesi dal giorno in cui mio padre ha scoperto di avere un cancro a quello della sua morte; metà del tempo lo ha trascorso ad aspettare l'inizio della radioterapia, l'altro ad attendere miglioramenti che non sono mai arrivati. Nonostante la malattia, ci avevano prospettato anni di vita da trascorrere in modo dignitoso.*

*È stato sottoposto a radioterapia palliativa, ma di palliativo non aveva che il nome: mio padre aveva sempre più dolori alle ossa; alla fine, non riusciva più a camminare e anche le azioni più semplici, come alzarsi dal letto o scendere dalla macchina, erano diventate un calvario, nella totale indifferenza di medici che, oltre ad alzare le spalle e a chiedere di avere pazienza, non sapevano dire o fare altro, se non aumentare la dose di tachipirina. Ci avevano detto che, dopo qualche giorno, avremmo visto i benefici della terapia; poi, di fronte ai dolori sempre più forti avvertiti da mio padre, era diventato necessario aspettare "anche 3-4-5 mesi". Nessuno ci ha aiutati a comprendere, nessuno ci ha detto quello che avremmo dovuto fare: rivolgerci a una struttura per malati terminali e garantire, con la terapia del dolore, una morte dignitosa a mio padre. Quando l'ho fatto, era ormai troppo tardi: il giorno dopo mio padre è finito in ospedale, al pronto soccorso del San Camillo (che non è l'ospedale dove era seguito), dove finalmente gli è stata somministrata la morfina.*

*Qui, la situazione si è aggravata velocemente. **Mio padre è morto dopo 56 ore, passate interamente in pronto soccorso. Lo ripeto: cinquantasei ore in pronto soccorso, da malato terminale, nella sala dei codici bianchi e verdi, ovvero i casi meno gravi.***

*Accanto aveva anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che parlavano e ridevano, vagabondi e tossicodipendenti che, di notte, cercavano solo un posto dove stare. Il peggio, poi, si verificava nell'orario delle visite: sala sovraffollata di parenti che portavano pizza e panini ai malati e che non perdevano l'occasione per gettare lo sguardo su mio padre. Abbiamo protestato, chiesto una stanza in reparto o in terapia intensiva, un posto più riparato. Ma non abbiamo ottenuto nulla. Allora sarebbe bastata una tenda, tra un letto e l'altro. Invece abbiamo dovuto insistere per ottenere un paravento, non di più, perché gli altri "servono per garantire la privacy durante le visite"; una persona che sta morendo, invece, non ne ha diritto: ci hanno detto che eravamo persino fortunati. Così, ci siamo dovuti ingegnare: abbiamo preso un maglioncino e, con lo scotch, lo abbiamo tenuto sospeso tra il muro e il paravento; il resto della visuale lo abbiamo coperto con i nostri corpi, formando una barriera. Sarebbe dovuto morire a casa, soffrendo il meno possibile. È deceduto in un pronto soccorso, dove a dare dignità alla sua morte c'erano la sua famiglia, un maglioncino e lo scotch.*

**È SUCCESSO A ROMA, CAPITALE D'ITALIA.**

PARERE UFFICIALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI ANESTESIA  
ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (S.I.A.A.R.T.I.)  
IN MATERIA DI FINE VITA, STATI VEGETATIVI, NUTRIZIONE E  
IDRATAZIONE

...proprio grazie allo sviluppo della ricerca farmacologica, biotecnologica e clinica che permette oggi di salvare più vite, LA MORTE IN T.I. SI PUÒ TRASFORMARE ...IN UN PROCESSO TEORICAMENTE ILLIMITATO NEL TEMPO.

*la negazione dell'idea, contraddittoria, per cui la morte debba intervenire in modo 'naturale' poiché in T.I. il morente è accompagnato con L'USO DI APPARECCHIATURE E FARMACI E PERCIÒ «IN MODO DEL TUTTO INNATURALE»*

# Would you ever hide information about a terminal diagnosis to bolster the patient's attitude? **US vs EUROPE**



N Engl J Med 2012;367:1616-25.

## Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer

Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S.,  
Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H.,  
Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and Deborah Schrag, M.D., M.P.H.

Overall, 69% of patients with lung cancer and 81% of those with colorectal cancer did not understand that chemotherapy is unlikely to be curative, which could compromise their ability to make informed treatment decisions that are consonant with their preferences. Physicians may be able to improve patients' understanding, but this may come at the cost of patients' satisfaction with them.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 2. *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, è 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.

## Cure palliative. Indagine Fimmg. "Dolore" un problema rilevante per 80% medici medicina generale. Ma solo 1 su 3 conosce bene la legge

*Nonostante il 96% dei medici di famiglia conosca l'esistenza della legge 38/2010, oltre la metà, il 54,1%, riferisce di conoscerla in modo approssimativo. Questi alcuni dei risultati di un questionario della Fimmg che ha coinvolto 600 medici di famiglia presentati al ministero della Salute.*

Per 8 medici di medicina generale su 10 il problema del "dolore" è decisamente rilevante nella pratica quotidiana. Oltre il 70% lo considera molto o estremamente rilevante. Ma se il 96% è informato sull'esistenza della Legge 38/2010, oltre la metà (il 54,1%) la conosce in modo approssimativo ed è conosciuta bene solo da circa 1/3 dei medici...molto meno costante è l'uso delle scale di valutazione. I pazienti con dolore sono normalmente presi in carico dal medico di famiglia e vengono inviati raramente a visita specialistica algologica (il 76% dei medici riferisce di farlo "poche/alcune volte...la soddisfazione dei medici rispetto al livello di integrazione con la rete delle cure palliative dei malati sul territorio, è più elevata al Nord e al Centro (molto/abbastanza soddisfatti l'81% e il 70% rispettivamente) che al Sud, dove risulta soddisfatto solo il 43% dei medici".

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

5. Ogni **PERSONA CAPACE DI AGIRE** ha il *DIRITTO DI RIFIUTARE, IN TUTTO O IN PARTE QUALSIASI ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO O TRATTAMENTO SANITARIO...*

6. IL MEDICO **SI DISSENSO ALLE CURE** *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 **NO EUTANASIA ATTIVA** *E O ALLE BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI; A FRONTE DI TALI RICHIESTE, IL MEDICO NON HA OBBLIGHI PROFESSIONALI.*



## Cagliari. Il caso Piludu.

In data 28.9.2015 ha redatto altra scrittura nella quale dichiara “di avere completamente perso l'uso della parola e di poter comunicare solo tramite un comunicatore acustico a comandi oculari, di essersi sottoposto nel luglio 2015 ad intervento di tracheostomia per la peg, di non aver registrato, a seguito di tali interventi, modificazioni significative nella qualità della propria vita e di aver constatato un peggioramento della motilità muscolare del viso e dei globi oculari che porterà prima o poi alla impossibilità nell'uso del comunicatore, di ritenere un inutile accanimento terapeutico la prosecuzione della ventilazione meccanica” ed ha delegato l'amministratore di sostegno ad individuare un medico che proceda, previa sedazione, al distacco del respiratore.

Infine, con scrittura in data 4.5.2016 ha chiesto alla ASL di Cagliari il distacco del respiratore artificiale, previa sedazione sufficiente ad evitare dolori.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 4.

*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.*

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

# Diritto Giurisprudenziale: "CASO" ENGLARO

"il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di EUTANASIA, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un **ATTEGGIAMENTO DI SCELTA, DA PARTE DEL MALATO, CHE LA MALATTIA SEGUA IL SUO CORSO NATURALE**".

# Caso Piludu: Tribunale di Cagliari - 16.7.2016

...in forza di quel principio di libertà costituzionalmente garantita, LA SALUTE DELL'INDIVIDUO NON PUÒ

ESSERE OGGETTO DI IMPOSIZIONE COATTIVA...

IL DIRITTO AL RIFIUTO DEL TRATTAMENTO

SANITARIO può essere dunque ESTESO AI

TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE la cui mancata

somministrazione determina un pericolo grave ed immediato

per la vita del paziente!

# Eluana, la rabbia dei cattolici: Non è morta ma è stata uccisa

Bagnasco: «E' stata eutanasia. Adesso è necessaria una legge» "Avvenire": è stato un omicidio



Art. 2. (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)

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 DEI RICORSI 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.

# Tribunale Modena, decreto 05.11.2008

dell'art. 408, comma 2° c.c. come novellato dalla legge n. 6 del 2004: "L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata."

*"In caso di malattia allo stato terminale, malattia o lesione traumatica cerebrale, irreversibile e invalidante, malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione, chiedo e dispongo di NON ESSERE SOTTOPOSTO AD ALCUN TRATTAMENTO TERAPEUTICO, CON PARTICOLARE RIGUARDO A RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE, DIALISI, TRASFUSIONE, TERAPIA ANTIBIOTICA, VENTILAZIONE, IDRATAZIONE O ALIMENTAZIONE FORZATA E ARTIFICIALE. Chiedo inoltre formalmente che, nel caso in cui fossi affetto da una delle situazioni sopraindicate, siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso, in particolare, l'uso di farmaci oppiacei, anche se essi dovessero anticipare la fine della mia vita."*

## Art. 4. (Disposizioni anticipate di trattamento)

5. ...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.** Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 (**GIUDICE TUTELARE**).



ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE  
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI  
DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E  
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

a) PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.). *gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.*

## Art. 5.

### *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' *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.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

## Shared decision making

Modello di incontro sul versante bio-psico-sociale (e dell'umanità) in cui la *decisione condivisa non è una mediazione o un compromesso* ma una vera e propria **ALLEANZA IN CUI IL SAPERE SCIENTIFICO INCROCIA LE DIVERSE RESPONSABILITÀ:**

persona

famiglia

professionista

Istituzioni

