

Norme in materia di consenso
informato e di disposizioni anticipate
di trattamento
(DAT)

Ordine dei Medici di Venezia
Mestre, 20 Ottobre 2018

Art.2

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

- 1.**il medico deve adoperarsi per *alleviare le sofferenze*è sempre garantita *un'appropriata terapia del dolore.*
 - 2.**prognosi infausta a breve termine o imminenza di morte..astenersi da ogni ostinazione irragionevole...dal ricorso a trattamenti inutili o sproorzionati.
...sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla *SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA (SPPC)*....
 - 3.** *IL RICORSO alla SPPC o il rifiuto ..motivati e annotati in cartella clinica...*
-

Art.5 PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE

4.

.....La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo avolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

SEDAZIONE PALLIATIVA SICP

“la **riduzione** intenzionale della **vigilanza** con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un **sintomo**, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, **refrattario**”

Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa

A CURA DEL GRUPPO DI STUDIO SU ETICA E CULTURA AL TERMINE DELLA VITA -Ottobre 2007-

SEDAZIONE PALLIATIVA SFAP

“la sedazione è la ricerca, con **mezzi farmacologici**, di una **diminuzione** dello stato di vigilanza arrivando fino alla perdita di **coscienza**. Il fine è quello di diminuire o far scomparire la percezione di una **situazione vissuta come insopportabile** per il paziente, dopo che **i trattamenti proposti** e attuati per risolvere questa situazione **non hanno** permesso di ottenere il **sollievo** voluto.

La sedazione (...) può essere **intermittente**, **transitoria** o **continua**.”

Raccomandazioni della SFAP (Società Francese di Accompagnamento e Cure Palliative) sulla Sedazione in fase terminale e in situazioni specifiche e complesse. -2008-

SEDAZIONE PALLIATIVA CNB

SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA nell'IMMINENZA della MORTE

- Somministrazione intenzionale di farmaci
- Riduzione fino all'annullamento della coscienza
- Finalità di alleviare il dolore o sintomi refrattari
- Imminenza della morte

CNB, "Sedazione Palliativa Profonda Continua nell'Imminenza della Morte", 2016
A cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Sedazione Palliativa Profonda Continua nell'imminenza della morte

Comitato Nazionale di Bioetica -29 Gennaio 2016-

Sedazione profonda quando :

- Malattia inguaribile in stadio avanzato
- Imminenza di morte (ore/giorni)
- Presenza di sintomi refrattari causa di grave sofferenza

Inoltre :

- E' trattamento sanitario e non eutanasia
- Consenso informato del paziente/comunicazione
- Valorizzare le DAT
- Sostenere in modo adeguato e informare i genitori (se minori)
- Giustificare e documentare in cartella clinica
- Formazione specifica e continua anche in ambito bioetico

CONDIZIONI

- Malattia inguaribile in stadio avanzato
- Morte imminente
- Presenza di uno o più sintomi refrattari o eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il malato
- Consenso informato del paziente (pianificazione delle cure)

Le procedure di applicazione della sedazione esigono:

- Proporzionalità
 - Monitoraggio dell'uso dei farmaci
 - Documentazione delle procedure in cartella clinica
-

Modalita'

- Moderata/superficiale
 - Profonda (*annullamento della coscienza*)
 - Temporanea (*per un periodo limitato*)
 - Intermittente (*se somministrata in alternanza, in base al modificarsi delle circostanze*)
 - Continua (*se protratta fino alla morte del paziente*)
-

Criteri di liceità ETICA

- Consenso informato del paziente (pianificazione delle cure)
 - Malattia inguaribile in stato avanzato
 - Morte imminente
 - Presenza di sintomi refrattari o di eventi acuti terminali
-

Sedazione profonda e sospensione delle cure

- La sospensione delle cure va valutata caso per caso, tenendo conto che alcune di queste talora sono sintomatiche.
 - Monitorare il paziente senza sottoporlo a interventi sproporzionati e futili
(vedi definizione di accanimento terapeutico, CNB 1995)
-

Sedazione Profonda e Eutanasia

Finalità ed Esiti sono diversi !!

- **SEDAZIONE** : ha la finalità di alleviare o eliminare lo stress e la sofferenza attraverso il controllo dei sintomi nella fase finale della vita.
- **EUTANASIA** : ha la finalità di provocare intenzionalmente la morte del paziente attraverso la somministrazione di farmaci
(vedi definizione di EUTANASIA CNB 1995 e Doc. EUTANASIA CDF 1980).

(White Paper EAPC, Novembre 2015)

Sedazione Profonda e Eutanasia

- La durata media della sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati.^{1 2}

1)N.Sykes, A. Thorns. The use of opioids and sedatives at the end of life, "Lancet Oncology", 2003, May 4(5), 312-318.

2)E.M Beller et al., Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults, "Cochrane Database Syst Rev.", 2015. Jan 2,1.

EUTANASIA

"Uccisione diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta"

(C.N.B., Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, Roma 14 luglio 1995)

"Azione o omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati."

(Dichiarazione sull'eutanasia, S. Congregazione per la Dottrina della Fede, 5 maggio 1980)

Consenso del Paziente

- *Consenso informato e condiviso*
- *Consenso come elemento fondamentale del rapporto di cura*
- *Consenso personalizzato...ogni caso è differente.*
- *Importanza delle DAT*

Pianificazione condivisa delle cure

Comitato Nazionale di Bioetica

*Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, 14 luglio 1995
a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Accanimento terapeutico (pg. 29) :

GRAVOSITA'

INEFFICACIA

ECCEZIONALITA'

*Il giudizio di proporzionalità deve essere applicato
sulla base di una conoscenza adeguata delle
condizioni cliniche del malato e del concreto
beneficio apportato dall'intervento terapeutico*

Codice di Deontologia Medica

Art.16 *Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati.*

Art.38 *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.*

Art.39 *Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza.*

PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE

- Orienta il paziente e i familiari sulle prospettive della malattia

 - Aspetti fondamentali
Corretta strutturazione del *processo decisionale* :
 - 1) *Appropriatezza clinica dell'intervento*
 - 2) *Sostenibilità etica (centralità delle persona)*
-

Cosa si chiede agli operatori ?



LAVORO d'EQUIPE

COMPETENZA (formazione + esperienza)

CONDIVISIONE delle SCELTE

MOTIVAZIONE

Formazione professionale

Aspetti:

- Clinici
- Assistenziali
- Etici
- Giuridici

(Accordo Stato Regioni 10 Luglio 2014)



GRAZIE

Da come un uomo si pone dinanzi al problema del dolore si ricava come egli si pone dinanzi al problema di tutta l'esistenza.....

da : "Lettere sul dolore", E. Mounier; ed. Piemme, Milano 2001

CRITERI di riferimento

- Temporalità
 - Finalità
 - Mezzi
-

Congregazione Dottrina Fede (1980)

- La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di narcotici ...è permessa *"se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri..."* (pg.8)
-

-
- **Morte imminente** : condizione attesa della morte in un lasso di tempo compreso fra poche ore e pochi giorni (diagnosi e prognosi dell'équipe medica)
 - **Sintomo refrattario** : sintomo non controllato in modo adeguato, nonostante gli sforzi tesi a identificare un trattamento che sia *tollerabile, efficace*, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza
(Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/palliativa -2007-)
-

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Trattamento di documentata **inefficacia** in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare **gravosità** per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'**eccezionalità** dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.

(CNB, "Questioni bioetiche alla fine della vita umana", 1995)

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 di vita.

Art. 39

....il medico prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finchè ritenuti proporzionati, tenendo conto delle *DAT*.

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

Ospedale dell'ANGELO
Mestre, 25 Settembre 2018

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

Legge n° 219/2017

G. Poles

Ordine dei Medici di Venezia

Mestre, 20 Ottobre 2018

“Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento”

Legge n° 219/2017

G. Poles
