



UNIVERSITÀ DI PARMA

LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

*Prof. ssa Rossana Cecchi
Dipartimento di Medicina e Chirurgia –
Istituto di Medicina Legale
Università di Parma*

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

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

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

Comma 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.

(Art. 1 c.2: è promossa la relazione di cura paziente – medico - professionista sanitario – terza parte)

Definizione di Cure Palliative

Il trattamento palliativo è un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie di fronte a problemi associati con una malattia mortale, per la prevenzione e il sollievo dal dolore, diagnosticando e curando presto il dolore e gli altri problemi fisici, psicosociali e spirituali

Fasi della Procedura nelle Cure Palliative

- Informazione su diagnosi e prognosi*
- Obiettivi della cura: traguardi*
- Riprogrammazione della propria vita*

PIANIFICAZIONE DELLE CURE

- **Si realizza una DAT nel tempo, condivisa dal paziente con l'équipe ed, eventualmente, con la terza parte**
- **Importante che il flusso di informazioni sia condiviso da tutti per evitare frammentazione del processo comunicativo: «stai male e puoi dire cosa vuoi»**
- **La discussione verte sulla qualità della vita del paziente**
- **Pianificare vuol dire dare alla persona il tempo di ragionare sul da farsi**

**Commissione di Bioetica della Società Italiana
Anestesia Analgesia Rianimazione Terapie Intensive
(SIAARTI) 2003: raccomandazioni per l'ammissione e la
dimissione della terapia intensiva e per la limitazione dei
trattamenti in terapia intensiva**

**Si incoraggia una pianificazione anticipata delle cure
con il paziente per fare in modo che le sue volontà siano rispettate
anche qualora subentri uno stato di incapacità
mentale per l'aggravarsi delle condizioni cliniche. Al verificarsi
dello stato critico l'intensivista deve tener conto di tali
volontà precedentemente espresse**

S.I.A.A.R.T.I. (2006)

- preparare il discorso studiando bene il caso**
- verificare l'informazione conosciuta dal paziente/familiari**
- capire cosa e quanto il paziente/familiari vuole sapere**
- accogliere e contenere le emozioni**
- pianificare come affrontare le fasi successive**

NECESSITA' DI PORRE IL MALATO TERMINALE NELLE CONDIZIONI DI GODERE DEI PROPRI DIRITTI

- **iniziare per tempo un percorso informativo sulla prognosi già nelle prime degenze in reparto o nel corso delle visite ambulatoriali**
- **capire cosa lo affligge maggiormente: paura di morire, di come morirà (sofferenza asfittica), di non completare alcune questioni per lui importanti**
- **decidere con lui i livelli di assistenza da raggiungere coinvolgendo i familiari o chi lui desidera, che poi lo rappresenteranno**

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

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

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

Comma 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.

(Art. 1 c. 3: diritto ad un'informazione corretta)

SEDAZIONE DOLCE

Determina una sonnolenza da cui il paziente può essere facilmente svegliato in ogni momento

SEDAZIONE INTERMITTENTE

perdita di coscienza transitoria

SEDAZIONE CONTINUA

perdita di coscienza permanente

Aspetti etici sedazione palliativa

Principio del doppio effetto

- *Trattamento ammissibile per controllo dolore*
- *Intenzione lecita di alleviare il dolore e no accelerare la morte*
- *Assenza di alternative*
- *Gravità giustifica il rischio*

Aspetti etici sedazione palliativa

Critiche

- *Dubbi sull'effettiva natura della intenzione*
- *Slow Euthanasia*

Ass. Europea per le Cure Palliative (EAPC, 2003)

Sedazione

- Intenzione: lenire il dolore*
- Mezzi: farmaci sedativi*
- Risultato: alleviamento sofferenza*

Ass. Europea per le Cure Palliative (EAPC, 2003)

Eutanasia

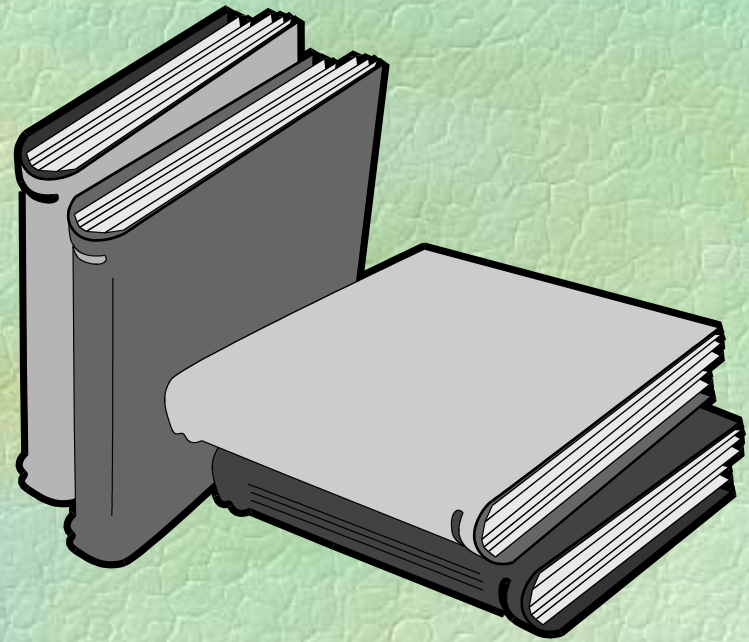
- Intenzione: privare della vita*
- Mezzi: farmaci letali*
- Risultato: morte*

Ass. Europea per le Cure Palliative (EAPC, 2003)

Sedazione profonda

- stato di incoscienza*
- monitoraggio*
- continua rivalutazione clinica del paziente*
- nutrizione ed idratazione artificiali possono essere iniziate, continuate o interrotte*

Consenso



La decisione circa il tipo di trattamento palliativo dev'essere presa coinvolgendo il paziente e rassicurando i familiari

CONSENSO ALLE CURE PALLIATIVE

- E' un consenso viziato qualora il pz non sia informato
- E' un consenso non partecipato qualora i parenti non sappiano la prognosi
- Il consenso coinvolge pz e parenti perché la presa in carico riguarda tutti
- Utile una Scheda informativa per l'accoglienza che chiarisca il percorso che il pz intraprende in cure palliative

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

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

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

Comma 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.

Comma 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.