

Consenso informato, DAT e fine-vita



La legge italiana
n. 219/2017

Dino Moltisanti

UCSC - Roma

INTRODUZIONE

- Dj Fabo
- Il ruolo della bioetica
- Perché oggi il tema “eutanasia” è così attuale?
 - Presunto potere oppressivo della tecnologia
 - La crescita dell'**autonomia decisionale**

Alcune definizioni

Eutanasia

**Abbandono terapeutico
e assistenziale**

**Cessazione
dell'accanimento
terapeutico**

**Perseveranza
terapeutica**

Eutanasia

“L’atto con il quale si provoca direttamente e volontariamente il decesso di una persona affetta da malattia o disabilità gravi”

Coscienti e consenzienti

Non coscienti e non consenzienti



Cessazione dell'accanimento terapeutico (clinico)

“La sospensione di tutti quei trattamenti che risultano sproporzionati alla situazione clinica del paziente, che di fatto causano più danni che benefici alla persona trattata, e che non riescono né a stabilizzare né a migliorare la sua condizione generale ”

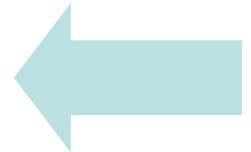
La cessazione di questi trattamenti (non terapeutici, ovvio) non necessita della richiesta del paziente stesso ma è da intendersi come un **atto dovuto, espressione della buona prassi clinica**



Abbandono terapeutico e assistenziale

“L’omissione volontaria di tutti quegli atti proporzionati e adeguati alla situazione clinica del paziente, omissione che contribuisce o favorisce la morte del paziente o perché non si interrompe il decorso della malattia o perché lo si priva di sostegni vitali di varia natura”

Eutanasia passiva



Perseveranza terapeutica

“La modalità con cui si prende cura di persone che, pur essendo affette da patologie attualmente inguaribili, possono usufruire di trattamenti adeguati alla loro situazione clinica e capaci di garantire una qualità di vita proporzionata alla loro situazione reale”

Alcune definizioni

Eutanasia

**Abbandono terapeutico
e assistenziale**

**Cessazione
dell'accanimento
terapeutico**

**Perseveranza
terapeutica**

Di queste definizioni, solo le ultime 3 sono “punti di riferimento nella situazione concreta” (che necessitano di conoscenze e competenze adeguate e specifiche per essere applicate)

La legge 219/2017

- **Art. 1:** consenso informato.
- **Art. 2:** terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- **Art. 3:** consenso di minori e incapaci.
- **Art. 4:** Disposizioni anticipate di trattamento.
- **Art. 5:** Pianificazione condivisa delle cure.

La legge 219/2017

- **Art. 1:** consenso informato.
- **Art. 2:** terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- **Art. 3:** consenso di minori e incapaci.
- **Art. 4:** Disposizioni anticipate di trattamento.
- **Art. 5:** Pianificazione condivisa delle cure.

Art. 1

- «Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del **consenso libero e informato** della persona interessata».
- «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».
- «Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute»

Art. 1

- «Ogni **persona capace di agire** ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte (...) 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 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»

Art. 1

- «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».
- «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»

Art. 1

- «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»
- Artt. 8-9-10-11

La legge 219/2017

- **Art. 1:** consenso informato.
- **Art. 2:** terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- **Art. 3:** consenso di minori e incapaci.
- **Art. 4:** Disposizioni anticipate di trattamento.
- **Art. 5:** Pianificazione condivisa delle cure.

Art. 2

- «Il medico deve adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente (la terapia del dolore)».
- «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, col consenso del paziente»

La legge 219/2017

- Art. 1: consenso informato.
- Art. 2: terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- **Art. 3: consenso di minori e incapaci.**
- Art. 4: Disposizioni anticipate di trattamento.
- Art. 5: Pianificazione condivisa delle cure.

La legge 219/2017

- **Art. 1:** consenso informato.
- **Art. 2:** terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- **Art. 3:** consenso di minori e incapaci.
- **Art. 4:** Disposizioni anticipate di trattamento.
- **Art. 5:** Pianificazione condivisa delle cure.

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».

Art. 4

- «(...) 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».

La legge 219/2017

- Art. 1: consenso informato.
- Art. 2: terapia del dolore, accanimento clinico e sedazione palliativa profonda.
- Art. 3: consenso di minori e incapaci.
- Art. 4: Disposizioni anticipate di trattamento.
- **Art. 5: Pianificazione condivisa delle cure.**

Il consenso nel rapporto medico-paziente

- Dal punto di vista morale, il dovere di non intervenire sul corpo altrui senza il suo consenso si fonda sul nesso inscindibile tra corpo e persona.
- E comunque i medici sanno che il consenso in determinati casi non è reputato necessario
 - Pericolo di vita della persona
 - Impossibilità per la persona di formularlo

Il consenso nel rapporto medico-paziente

- NO al paternalismo medico
- SI all'alleanza terapeutica
- ...ma attenzione perché non è il consenso che giustifica completamente l'atto clinico e ogni intervento medico, bensì il “bene dato” della **salute** e la necessità che il medico si “sbilanci” per essa.
- Né Paternalismo né indifferenza: **CONSIGLIO TERAPEUTICO**

Le DAT: cosa sono?

- Sono “documenti in cui 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 trattamenti improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato” (CNB, 2003)

Come si arriva al testamento biologico?

- Il passaggio da una medicina centrata sul bene del paziente ad una medicina in cui è “sacralizzata” la libera scelta del paziente: la deriva del contrattualismo medico.

Oggetto su cui si esprimono le volontà

- Accanimento terapeutico
- Cure palliative
- Assistenza a domicilio o in ospedale
- Donazione di organi
- Assistenza religiosa
- ...

Le modalità per rilevare le volontà anticipate

- Astrattezza e decontestualizzazione
- Vincolatività (e la conseguente limitazione dell'autonomia professionale del medico)
- La figura del fiduciario

Conclusione

- Un documento come il testamento biologico (specie nelle versioni dei d.d.l. italiani) è un documento inutile, inattuale, ambiguo.
- Pare piuttosto necessario trovare modalità alternative che salvaguardino realmente quella dignità del morire che è anche la dignità della persona: una buona relazione medico-paziente.
- L'Amore!