E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua
agenas
SISPeD Società Italiana Sanità Pubblica e Digitale

Provider Nova Salus srl – n. 16 – Evento n. 3262 - 1^ edizione 2022

CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE INTERATTIVO

BIOETICA: dalla fase di Emergenza alla Neuroriabilitazione
L'etica e la neuroriabilitazione nelle procedure di urgenza e nelle neuro - lesioni acquisite
La ricerca nelle patologie neurovascolari

Sabato 30 APRILE 2022

La animazione sospesa e le DAT –Disposizioni Anticipate di Trattamento

Dott.ssa Rosamaria Zocaro

Direttore UOC Terapia Intensiva, Anestesiologia e Terapia del Dolore ASL Pescara

Disposizioni anticipate di trattamento

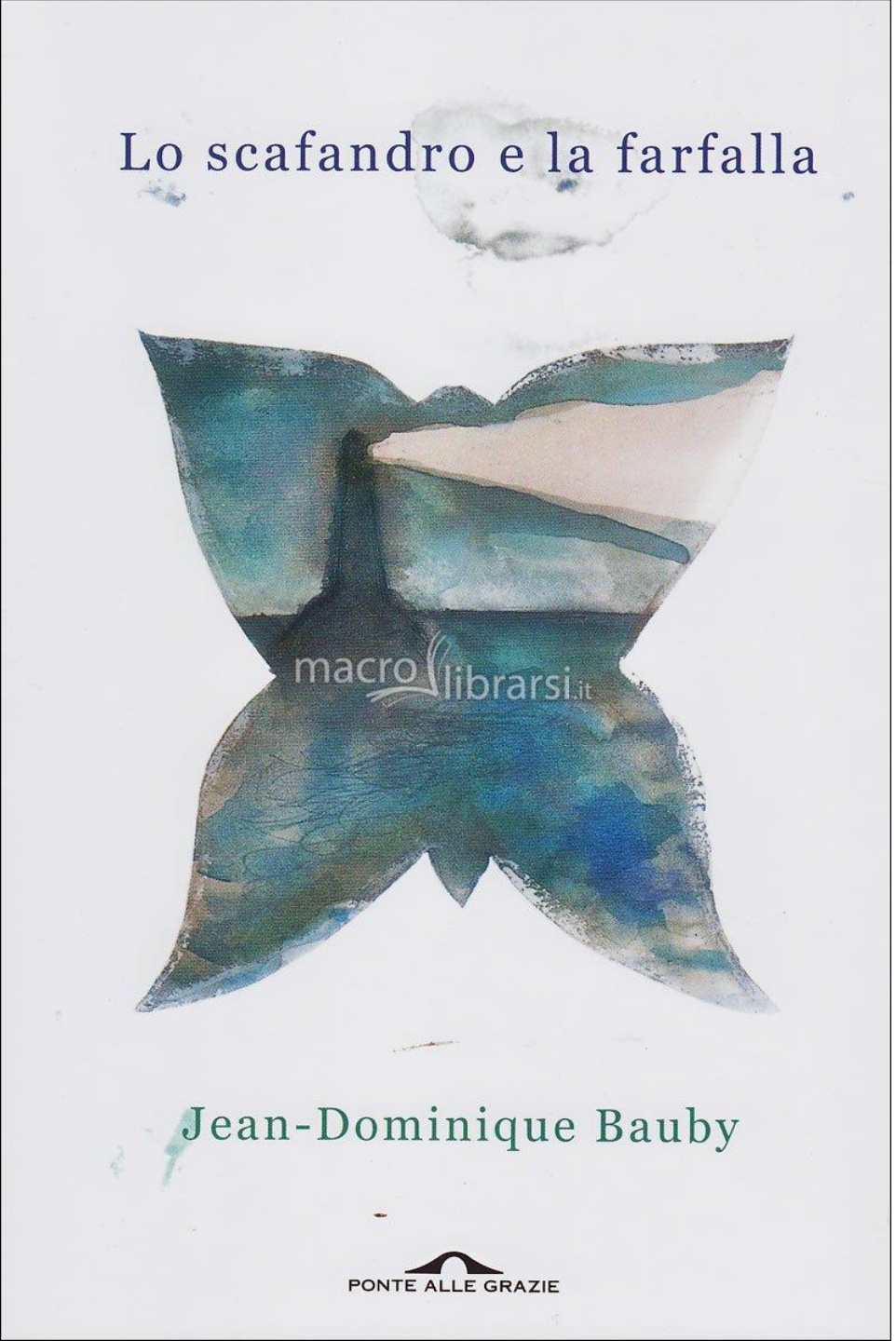
Ministero della Salute

Legge 22 dicembre 2017 , n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (18G00006)

(G.U. Serie Generale , n. 12 del 16 gennaio 2018)

ENTRATA in VIGORE il 31 GENNAIO 2018



"I progressi della medicina hanno fatto sì che chi era condannato a morire , può essere condannato a vivere",

CURE

OSPEDALE

CONSENSO INFORMATO

PAZIENTE

DOLORE

BIOTESTAMENTO

MEDICO

AUTODETERMINAZIONE

SANITÀ PRIVATA

DAT

FINE VITA

Malata di Sla rinuncia a ventilazione. A Nuoro primo caso di biotestamento. Aveva 49 anni

Patrizia Cocco, come riporta il quotidiano L'Unione Sarda, è stata la prima in Italia dopo l'entrata in vigore della legge sul biotestamento a decidere di staccare la spina. Dopo una battaglia con la malattia durata per cinque anni, la donna ha deciso di dare il suo assenso ai medici per la rinuncia alla ventilazione meccanica e per l'inizio della sedazione palliativa profonda.

05 FEB - Ha combattuto per cinque anni la sua battaglia contro la Sla, poi ha scelto di dire basta e di staccare la spina. **Patrizia Cocco**, nuorese di 49 anni, se ne è
andata con il sorriso, sabato scorso, stringendo la mano di sua mamma e dei suoi cari, come riporta il quotidiano *L'Unione Sarda*. È stata la prima in Italia dopo l'entrata in vigore della legge sul biotestamento, dopo aver dato il suo assenso ai medici per la rinuncia alla ventilazione meccanica e per l'inizio della sedazione palliativa profonda.

"È stata una scelta di Patrizia molto lucida e coraggiosa - ha detto all'*Ansa* il suo avvocato e cugino **Sebastian Cocco** -. La nuova legge permette ai medici di dare subito esecuzione alla volontà del paziente senza doversi rivolgere al giudice come succedeva prima della sua entrata in vigore e così a Patrizia è stato permesso di fare la sua scelta".

"La legge, che tutela il diritto alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione, Patrizia Cocco la aspettava da anni, da quando sentiva di essere imprigionata nella malattia dentro la quale sopravviveva a una vita che lei in quelle condizioni non voleva piu' vivere", ha concluso l'avvocato Cocco.

05 febbraio 2018

CONSENSO INFORMATO

Art 1

Tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona

Stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguire se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Promuove e valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

Promuove il diritto alla conoscenza e all'informazione in modo completo, aggiornato e comprensibile.

CONSENSO INFORMATO

Art 1

Evidenzia l'obbligo di documentare tutto il percorso fino al rifiuto delle cure nella cartella clinica e/o nel fascicolo sanitario elettronico.

Tutela il diritto del paziente a rifiutare le cure (ad es. idratazione e nutrizione artificiale), e *comporta che il medico sia tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente*. In conseguenza di ciò è esente da responsabilità civili e penali.

Nelle situazioni di emergenza ed urgenza il medico e l'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

CONSENSO INFORMATO

Art 1

La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di COMUNICAZIONE e RELAZIONE con il paziente, di terapia del dolore e cure palliative.

CONSENSO INFORMATO

Art 1

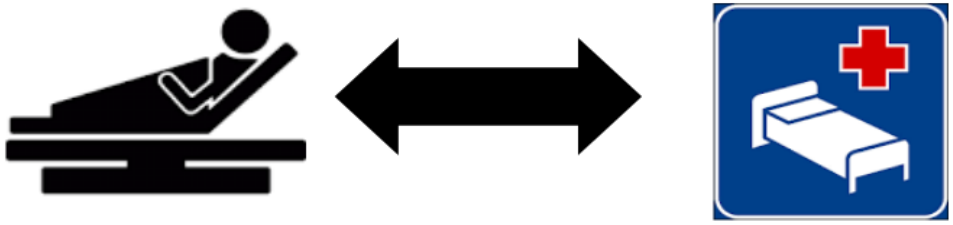
Afferma un concetto fondamentale :

IL TEMPO della COMUNICAZIONE tra MEDICO e PAZIENTE

Costituisce

TEMPO di CURA!

ALLEANZA TERAPEUTICA



TERAPIA del DOLORE, DIVIETO di OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE nelle CURE e DIGNITA' nella FASE FINALE della VITA

Art. 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 dal ricorso a trattamenti inutili e sproporzionati.

Deve garantire un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle terapie palliative tra cui la sedazione palliativa profonda continua. (Legge n38 del 2010).

Art. 16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Codice Deontologico Medico

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.

TITOLO IV

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE. CONSENSO E DISSENSO

Codice Deontologico Medico

Art. 39

Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Al medico che si trovi a prestare la propria opera nei confronti di un malato incurabile, in fase terminale, viene, preliminarmente indicato, come presupposto fondamentale ed imprescindibile, la conoscenza della volontà del paziente sugli interventi terapeutici praticabili.

"curare quando non si può guarire"

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- **SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INITENSIVA (SIAARTI)**
- **ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)**
- **ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)**
- **SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)**
- **SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)**
- **SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)**
- **ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)**
- **SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)**
- **ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)**

SIAARTI Aprile 2013

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Definire criteri clinici e di valutazione globale utili a prendere in esame la possibilità di compiere scelte di trattamento palliativo simultaneo anziché intensivo per i malati affetti da insufficienze funzionali mono o multiorganiche cronico-degenerative in fase end-stage.

Supporto scientifico e etico-giuridico condiviso.

Miglior grado di evidenza disponibile.

Minor grado di incertezza possibile.

Il miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria ha comportato un progressivo allungamento della vita media dei malati affetti da patologie croniche (cardiache, respiratorie,renali, epatiche, neurologiche).

Ma la storia naturale di queste grandi insufficienze d'organo non si è modificata continuando ad essere caratterizzata da riacutizzazioni intercorrenti, ciascuna seguita da un inevitabile scadimento della qualità di vita.

Inizia così la fase end stage delle grandi insufficienze d'organo, in vista della quale i medici, supportati dal team assistenziale, sono chiamati a coinvolgere il malato e i suoi familiari nella definizione condivisa e chiara di cosa significhino in questi casi appropriatezza clinica e etica di trattamento.

Questo passaggio è reso necessario dalla consapevolezza che il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, quanto alla *presa in carico globale della persona* .

Il malato inguaribile proprio per la sua condizione di sofferenza ha bisogno di continue cure finalizzate non a prolungare ad ogni costo e con ogni mezzo la vita, bensì a migliorarne la qualità:

attenzioni rivolte
all'assistenza psicologica al paziente ed alla famiglia,
al sostegno spirituale,
al trattamento dei sintomi,
alla terapia del dolore.

L'esercizio professionale sanitario non deve essere limitato all'applicazione delle sole competenze tecniche, bensì allargato all'elemento umano, etico-deontologico.

Quando la terapia – soprattutto se invasiva e intensiva – eccede questo limite, il processo di cura (che deve continuare) deve essere indirizzato verso l'attivazione o il potenziamento delle **cure palliative simultanee.**

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE: RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER L'APPROCCIO ALLA PERSONA MORENTE

UPDATE 2018

MINORI ed INCAPACI

art 3

Persone minori di età	Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.
Persone incapaci di intendere e volere	*Interdizione*. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità. *Inabilitazione* Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. *Amministrazione di sostegno* Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

DAT

TESTAMENTO BIOLOGICO

BIOTESTAMENTO

Art. n 4 comma 1

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, può, attraverso le DAT, esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o rifiuto su:

1) Accertamenti diagnostici
2) Scelte terapeutiche
3) Singoli trattamenti sanitari

Pubblicazione Ministero della Salute 30/03/18

TITOLO IV
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE. CONSENSO E DISSENSO

Art. 38

Codice Deontologico Medico

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.

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT?

Art. 4 comma 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:

1) Esse appaiono palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente.

2) Sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento della condizione di vita.

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

NEL CASO DI CONFLITTO tra il FIDUCIARIO e il MEDICO, la DECISIONE è RIMESSA al GIUDICE TUTELARE

Art. 4

Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia diventato incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente.

In caso di necessità il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno.

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO, CONSENSO INFORMATO E PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLE CURE: LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
Viale dell'Università, 11 – 00185 Roma
Email: segreteria@siaarti.it - Tel: 06 44 52 816 Fax 06 44 57 444

Roma, 10 Maggio 2017

Dott. Luigi Riccioni
Coordinatore Gruppo di studio per la Bioetica

Dott. Antonio Corcione
Presidente SIAARTI

La SIAARTI sottolinea che l'approccio alla persona malata giunta alla fine della vita deve sempre essere ispirato a tre principi fondamentali:

1)Condivisione delle decisioni.

1)Rispetto dell'autodeterminazione e dell'identità della persona malata.

1)Limitazione dei trattamenti sproporzionati

Condivisione delle decisioni.

Relazione di cura centrata sulla persona malata

Coinvolgimento adeguato della persona malata, quando possibile, nelle decisioni, insieme ai suoi familiari, ai medici e agli infermieri.

OBIETTIVO della RELAZIONE di CURA è aiutare il paziente a realizzare il MIGLIOR PROGETTO di VITA per se stesso.

Rispetto dell'autodeterminazione e dell'identità della persona malata.

Il processo di morte deve essere fondato sulla <u>cura della sofferenza, evitando trattamenti sproporzionati</u> (buona pratica clinica) e sul criterio etico di proporzionalità delle cure (include la percezione soggettiva della persona malata, le sue convinzioni, i suoi principi e le sue preferenze manifeste o attendibilmente ricostruite) .

Limitazione dei trattamenti sproporzionati

La terapia deve essere clinicamente indicata (efficace sulla patologia) ed eticamente proporzionata (CDM, art.16). L'astensione dai trattamenti clinicamente non indicati è sempre doverosa alla fine della vita e comporta l'astensione o sospensione di tutti i trattamenti che non sono più in grado di modificare positivamente la prognosi .

In caso di urgenza, la valutazione di proporzionalità può essere rinviata, ma deve essere effettuata il più presto possibile

Limitazione dei trattamenti sproporzionati

La limitazione dei trattamenti è doverosa quando, pur clinicamente indicati, risultano eticamente sproporzionati, in quanto la loro applicazione o i loro esiti risultano inaccettabili per la persona malata, che ha il diritto di rifiutarli anche a rischio della propria sopravvivenza.

La somministrazione della sedazione per abolire la sofferenza, costituiscono un dovere deontologico del medico.

Non si può e non si deve in alcun modo equiparare tutto ciò alla *eutanasia. "Atto compiuto volontariamente da un medico o da altra persona finalizzato a provocare la morte della persona malata su sua richiesta".*

Sanità24 | Il Sole 24 ORE 9 gen 2018

MEDICINA E RICERCA

Cure palliative, la sedazione profonda non è eutanasia

di *Fondazione Maruzza*

Luciano Orsi, anestesista-rianimatore–palliativista, vicepresidente della Società Italiana di Cure Palliative afferma: "*In Italia non c'è una norma specifica sulla sedazione profonda, ma esiste una legge sulle cure palliative, la n.38 del 2010, invidiata da molti paesi europei che sancisce che le cure palliative sono entrate nei LEA, per cui sono di fatto un diritto del cittadino. Ciò vuol dire che tutte le procedure terapeutiche che rientrano in questa categoria, compresa la sedazione profonda, sono lecite dal punto di vista legale, giuridico e deontologico*"

Fermo il divieto di accanimento terapeutico, il medico nel rispetto di detta volontà dovrà, pertanto, adoperarsi nella effettuazione di quell'insieme di trattamenti denominati cure palliative. Legge n. 38 del 2010.

1) **Sedazione del dolore.**
2) **Palliazione**
3) **Tutela di volontà della persona**
4) **Dignita' e qualità della vita.**

COME FARE LE DAT

La redazione delle DAT può avvenire in diverse forme:

1) *Atto Pubblico*
2) *Scrittura Privata Autenticata*
3) *Scrittura Privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio Comune di residenza, che provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito.*

(*Circolare del Ministero dell'Interno n.1 del 08/02/18*)

Pubblicazione Ministero della Salute 30/03/18

COME FARE LE DAT

4) Scrittura privata consegnata personalmente presso le strutture sanitarie nel caso in cui 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 SSN abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia della DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella Banca dei dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili (art.4 comma 7).

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

COME FARE LE DAT

5) Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazioni o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

Con le medesime forme le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

Nel caso in cui "*ragioni* di emergenza-urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni."

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

Banca Dati Nazionale delle DAT

Con Decreto direttoriale del 22/03/18, il Ministero ha istituito un Gruppo di Lavoro a cui partecipano rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni e dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Il Gruppo di Lavoro definirà i contenuti informativi della Banca Dati, le modalità di registrazione e di fruibilità delle Dat e le misure di sicurezza per la protezione dei dati personali.

Il Ministero provvederà con proprio Decreto, a seguito di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e acquisito il parere del Garante, per la protezione dei dati personali, a stabilire le modalità di registrazione delle DAT nella Banca Dati.

Pubblicazione Ministero della Salute
30/03/18

PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE

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.

Il paziente deve essere adeguatamente informato sull'evoluzione della sua malattia in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto puo' realisticamente attendersi in termini di qualita' della vita, sulle possibilita' cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

L’individuo non è un organo!

Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute.

LA VITA non è la sopravvivenza di una funzione organica ma è la totalità della persona,
È la SUA BIOGRAFIA

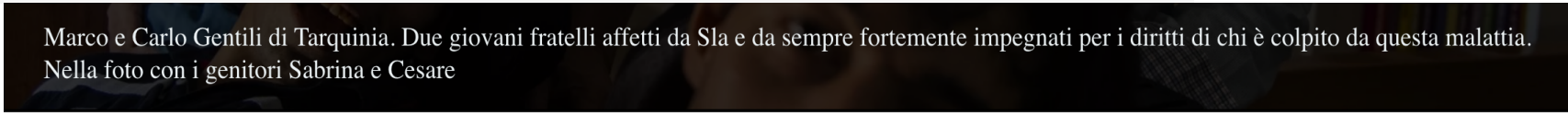
FINE VITA, I CASI ITALIANI

L'EGO EDITORE

Febbraio 2006	**Eluana Englaro**, morta a **38 anni** dopo averne trascorsi 17 in stato vegetativo. Le è stata sospesa la nutrizione artificiale
Dicembre 2006	**Piergiorgio Welby**, morto a **60 anni**, era affetto da distrofia muscolare. Gli venne staccato il respiratore che lo teneva in vita
Novembre 2011	**Lucio Magri**, tra i fondatori del Manifesto, gravemente depresso, è morto a **79 anni** ricorrendo al suicidio assistito in Svizzera
Febbraio 2017	**Fabiano Antoniani**, è morto a **40 anni** scegliendo il suicidio assistito in Svizzera. Da anni era paralizzato per un incidente d'auto
Aprile 2017	**Davide Trentini**, è morto a **53 anni** ricorrendo al suicidio assistito in Svizzera. Dal 1993 era affetto da sclerosi multipla
Ottobre 2017	**Loris Bertocco**, ha scelto di morire a **59 anni** con il suicidio assistito in Svizzera. Era rimasto paralizzato dall'età di 19 anni

Eutanasia, caso dj Fabo, storica sentenza della Corte Costituzionale: aiuto al suicidio non sempre punibile

La decisione della Consulta. Per avere aiutato dj Fabo ad andare in Svizzera, Marco Cappato rischiava 12 anni: "Da oggi siamo tutti più liberi"



Marco e Carlo Gentili di Tarquinia. Due giovani fratelli affetti da Sla e da sempre fortemente impegnati per i diritti di chi è colpito da questa malattia. Nella foto con i genitori Sabrina e Cesare

Intervista Fine Vita

"Amo i miei figli ma quando servirà li porterò a morire"

22 SETTEMBRE 2019

Eutanasia, il racconto di mamma Sabrina. Carlo e Marco, affetti da Sla, fratelli di Tarquinia di 35 e 30 anni, hanno scritto nel testamento biologico di voler scegliere quando smettere di vivere. "Il mio cuore si ribella, spero ogni giorno che la scienza ci doni una nuova cura. Ma non gli negherò questa libertà"

La decisione della Corte Costituzionale nel caso Cappato: non punibile, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio

Articolo scritto da Redazione Giurisprudenza Penale il 25 Settembre 2019

Questo il comunicato stampa della Corte Costituzionale in merito alla decisione:

Concretamente: in Italia si potrà aiutare una persona a morire senza rischiare di finire in carcere, se quella persona ha una malattia irreversibile, se è tenuta in vita da trattamenti medici di sostegno, se ha una patologia irreversibile che le provoca sofferenze fisiche o anche solamente psicologiche per lei intollerabili e se è pienamente capace di decidere liberamente e consapevolmente. La verifica di queste condizioni spetterà esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche. Resta invece un reato aiutare una persona a morire in tutte le altre circostanze (per esempio se è anziana e molto malata).

nell'ordinamento, si è resa necessaria per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili, come già sottolineato nell'ordinanza 207 del 2018.

Rispetto alle condotte già realizzate, il giudice valuterà la sussistenza di condizioni sostanzialmente equivalenti a quelle indicate.

Suicidio assistito. Siaarti: “Medici siano liberi di seguire la propria morale”

La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva

La SIAARTI pertanto “lascia liberi i propri iscritti di agire secondo la propria regola morale. È evidente che coloro i quali non ritengano eticamente accettabile di partecipare alla procedura di suicidio assistito debbano poter vedere protetto questo loro diritto tramite il riconoscimento dell’obiezione di coscienza”.

27 settembre 2019

SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

particolare, con la depenalizzazione dell’articolo 580 del Codice penale limitatamente alle condizioni definite dalla stessa Corte e segnatamente: 1) alla presenza di una malattia irreversibile e grave e 2) che provoca una sofferenza fisica e/o psicologica definita come intollerabile dal paziente stesso; 3) la necessità di un supporto vitale; 4) la mantenuta capacità di intendere e volere”. È quanto afferma in una nota la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti).

TAKE HOME MESSAGE

il coinvolgimento del malato e dei suoi familiari.

la condivisione del percorso di cura che prenda in considerazione di bilanciare i costi umani per il malato, i benefici realmente attesi e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) elaborate dalla persona malata.

le risorse disponibili, discutendo e condividendo le decisioni finali con il malato stesso quando possibile, con i suoi cari e con il team curante.

I medici e gli infermieri devono essere garanti di una corretta informazione sulle reali possibilità degli interventi proposti.

La comunicazione diventa parte integrante della cura

«La qualità dell'assistenza data in fin di vita è un buon metro della qualità umana di una civiltà e di una cultura.

Essa costituisce un aspetto fondamentale della missione della medicina negli ultimi giorni di vita di un uomo.

I suoi benefici non ricadono esclusivamente su colui che se ne va, ma anche su coloro che rimangono».

(X. MIRABEL, *Tra rinuncia e accanimento terapeutico*, in *Eutanasia. Sofferenza e dignità al crepuscolo della vita*, Milano, 2005, p. 44).