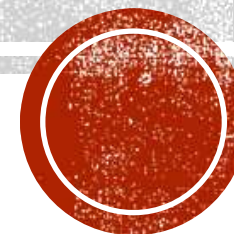


PAOLA FRATTI



SEZIONE MEDICINA LEGALE, SAPIENZA, ROMA





ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE



SCUOLA GRANDE DI SAN MARCO



LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA

Doveri ineludibili e Diritti negati

SABATO 4 GIUGNO 2022

Sala San Domenico - Scuola Grande di San Marco - Ospedale Civile di Venezia

Per l'accesso è obbligatorio l'uso della mascherina Ffp2

PROGRAMMA



PROGRAMMA

ORE 8.00 - REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

ORE 8.30 - SALUTI AUTORITÀ

Giovanni Leoni, *Presidente OMCeO Venezia e Vicepresidente FNOMCeO*
Simone Venturini, *Assessore alla Coesione Sociale Comune di Venezia*
Maurizio Masciopinto, *Questore di Venezia*
Edgardo Contato, *Direttore Generale AULSS 3 Serenissima*
Mauro Filippi, *Direttore Generale AULSS 4 Veneto Orientale*
Marina Bottacin, *Presidente OPI Venezia*

ORE 9.00 - LECTIO MAGISTRALIS

Filippo Anelli, *Presidente FNOMCeO e Presidente OMCeO Bari*

ORE 9.30 - I SESSIONE - I DOVERI INELUDIBILI

Moderatori: **Giovanni Carretta**, *Direttore Sanitario AULSS 3 Serenissima*
Roberto Merenda, *Direttore Dipartimento Chirurgia Venezia*

RELAZIONI:

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA: STATO DELL'ARTE

Adelchi D'Ippolito, *Magistrato, già Procuratore vicario della Repubblica di Venezia*

LA LEGGE 24/2017:

UNA LETTURA MEDICO-LEGALE RETROSPETTIVA

Vittorio Fineschi, *Professore Ordinario Medicina Legale, Direttore UOC Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università La Sapienza di Roma*

NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DECLINAZIONE DELLA RELAZIONE DI CURA

Paola Frati, *Professore Ordinario Scienze anatomiche, istologiche, medico legali e dell'apparato locomotore, Università La Sapienza di Roma*

RESPONSABILITÀ MEDICA E PATROCINIO LEGALE DELL'ENTE

Fabrizio Scagliotti, *Avvocato Amministrativista e del Lavoro, Padova*

II SESSIONE - I DIRITTI NEGATI

Moderatori: **Giuliano Nicolin**, *Presidente CAO OMCeO Venezia*
Andrea Bonanome, *Direttore Dipartimento Medicina Venezia*

ORE 11.30 - LA GRANDE FUGA DAGLI OSPEDALI DEL SSN: LO STUDIO ANAAO-ASSOMED

Adriano Benazzato, *Segretario Regionale Veneto ANAAO-ASSOMED*

ORE 11.50 - MEDICI SENZA FUTURO. UN FUTURO SENZA MEDICI: DOSSIER CIMO-FESMED

Guido Quici, *Presidente Nazionale Federazione CIMO-FESMED*

ORE 12.10 - TAVOLA ROTONDA IL SERVIZIO AL CITTADINO E LA QUESTIONE MEDICA E ODONTOIATRICA

Conduce: **Chiara Semenzato**, *Giornalista*
Partecipano: **Maurizio Scassola**, *FIMMG Veneto*
Pio Attanasi, *SUMAI*
Mattia Doria, *FIMP Venezia*
Filippo Stefani, *ANDI Venezia*
Paolo Sartori, *FASSID Nazionale*
Massimiliano Dal Sasso, *AAROIEMAC Veneto*
Flora Alborino, *ANPO Veneto*
Paolo Camerotto, *FVM Veneto*
Paolo Bulgarelli, *FESMED Veneto*

ORE 13.30 - CHIUSURA DEL CONVEGNO

Roberto Monaco, *Segretario FNOMCeO e Presidente OMCeO Siena*
Enrico Podoja, *Società Medicolegale Triveneta*
Segretario Nazionale SISMLA
Giovanni Leoni

POSTI DISPONIBILI: 100

SARANNO ASSEGNATI 5.6 CREDITI ECM



INDICE

- UN RINNOVATO CONTESTO
- LA RELAZIONE DI CURA
- LEGGE 219 DEL 2017
- IL DIALOGO CON IL CODICE DEONTOLOGICO....POSSIBILE REVISIONE?
- CONCLUSIONI



UN RINNOVATO CONTESTO

- DIRITTO ALLA SALUTE
- QUALITÀ DELLA VITA
- AUTODETERMINAZIONE DEL PAZIENTE
- COMPETENZA, AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ DEL MEDICO



IL DIALOGO



Art. 32 Cost.

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.
La legge non può in nessun caso violare **i limiti imposti dal rispetto della persona umana**».

Il concetto di salute come «stato di benessere psico-fisico», che coinvolge, quindi, la percezione che ciascuno ha di sé, aspetti interiori della vita e la relazione con altri.

Ieri: lo Stato conferiva al medico un vero e proprio «potere» sul corpo del malato; la vita dell'individuo era nelle mani dello Stato.

Oggi: **l'autodeterminazione della persona** (consenso informato) è **fonte di legittimazione dell'atto medico**.
La salute della persona è affidata alla sua responsabilità.

Cosa cambia?

Molte norme del codice penale risalgono al **Codice Rocco** (Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398):

- art. 40 c.p.** - Rapporto di causalità:
«Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo»
 - art. 54 c.p.:** stato di necessità;
 - art. 5 c.c.:** integrità fisica: «Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica».
 - contratto** di prestazione d'opera **atipico di ospedalità** (Cass. 31.10.2017 n. 25844).
-

Com'è cambiata la medicina?

Come sono cambiati i rapporti tra medico-paziente? Superamento del **paternalismo**.....

La **tecnologia medica**: le «colpe del progresso» in medicina (Veronesi).



Il consenso informato come **principio giuridico**

Art. 1: **Consenso informato**

*«La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il **diritto alla vita**, alla **salute**, alla **dignità** e all'**autodeterminazione della persona** e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del **consenso libero e informato della persona interessata**, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge».*

Nodo giuridico ed etico: cos'è un **trattamento sanitario?**

Un trattamento che incide sulla salute, sottende un sapere scientifico, è indicato e posto in essere da personale fornito di apposita preparazione.

Codice FNOMCeO – 2014, art. 35 (Consenso e dissenso informato)

«Il **medico non intraprende né prosegue** in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la **preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato**».



Il consenso informato come **condizione umana valoriale**

Legge 219, art. 1, comma 2:

«È 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. **Contribuiscono** alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono **l'équipe sanitaria**. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi **familiari** o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una **persona di fiducia** del paziente medesimo» (comma 2).

«Il **tempo della comunicazione** tra **medico e paziente** costituisce **tempo di cura**» (comma 8).

Codice di deontologia medica - art. 20 - **Relazione di cura** -

«La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle **rispettive autonomie e responsabilità**.

Il medico nella relazione persegue l'**alleanza di cura** fondata sulla reciproca **fiducia** e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'**informazione** comprensibile e **completa**, considerando il **tempo della comunicazione quale tempo di cura**».



Complessità della medicina:



paradigma scientifico + paradigma umanistico



proporzionalità della cura

Il significato di «cura» come **relazione e nella relazione** (cura inclusiva)

Incontro/confronto di **2 autonomie**:

- autonomia **decisionale** del paziente
- autonomia **professionale** del medico



«Il tempo della comunicazione = tempo di cura»:

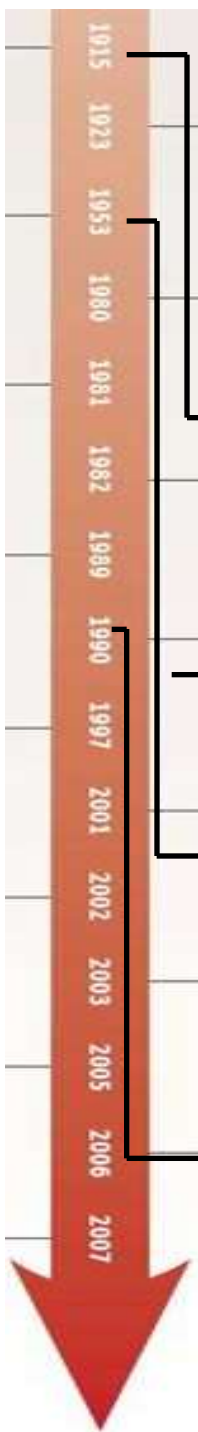
- 1) dovere del medico
- 2) la comunicazione è necessaria ai fini della cura
- 3) una buona comunicazione agisce come cura (effetto placebo, 4-5% circa);
- 4) si cura «nella» comunicazione (la cura non è «prescrizione», ma anche tutto ciò che precede e segue).

La cura è finalizzata alla «**persona**» (non alla malattia): *cure e care*.



LE ORIGINI DEL CONSENSO INFORMATO





SALGO VS LELAND STANFORD JR UNIVERSITY BOARD OF TRUSTEES (1957): A LEADING CASE

Schloeendorff vs Society of N.Y. Hospital (1914): “...every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a **surgeon who performs an operation without his patient’s consent commits an assault, for which he is liable in damages** ...”.

U.S.A. versus Karl Brandt (Processo di Norimberga)

California Dist. Ct. App. (1957): “...A physician violates his duty to his patient and subjects himself to liability **if he withholds any facts which are necessary to form the basis of an intelligent consent by the patient to the proposed treatment**...”.

Cruzan vs Director. Corte Suprema degli Stati Uniti. 1990:
“...The Fourteenth Amendment provides that no State deprive any person of life, liberty or property, without due process of law. The principle that a competent person has a constitutionally protected liberty interest in refusing unwanted medical treatment may be inferred from our prior decisions...”.



LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGI 22 dicembre 2017, n. 219.

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

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

Il testo, lungi dall'essere rivoluzionario, è sostanzialmente una fotografia, all'interno di una legge ordinaria, della situazione esistente e che si è affermata per volontà giurisprudenziale – ricostruita sui principi costituzionali e internazionali – per volontà deontologica e per la consuetudine ormai consolidata nelle strutture sanitarie.



LEGGE 219/2017

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

Articolo 1 (11 Commi)
Consenso informato

Articolo 2 (3 commi)
Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignita' nella fase finale della vita

Articolo 3 (5 commi)
Minori e incapaci

Articolo 4 (8 commi)
Disposizioni anticipate di trattamento

Articolo 5 (5 commi)
Pianificazione condivisa delle cure

Articoli 6, 7, 8
Norma transitoria; clausola di invarianza finanziaria; relazione alle camere



Il legislatore italiano nel 2017 ha promulgato due importanti leggi: la legge 24 in materia di responsabilità sanitaria e la legge 219 in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Quest'ultima normativa ha, per la prima volta, disciplinato in maniera organica il consenso informato circa gli accertamenti diagnostici ed i trattamenti sanitari cui sono sottoposti i pazienti ed ha introdotto il nuovo istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e quello della pianificazione condivisa delle cure.

La legge 219 ha disciplinato	Il consenso informato
La legge 219 ha disciplinato	Il rifiuto di cure
La legge 219 ha disciplinato	Le disposizioni anticipate di trattamento
La legge 219 ha disciplinato	L'idratazione e il nutrimento artificiale

La legge 219 ha disciplinato	La sedazione terminale
La legge 219 ha disciplinato	La pianificazione delle cure
La legge 219 ha disciplinato	Il rifiuto di prestazione professionale
La legge 219 ha disciplinato	Il divieto di accanimento terapeutico/di trattamenti non proporzionali
La legge 219 non è	Una legge sul fine vita

La legge 219/2017 ha disciplinato per la prima volta tutte le fattispecie elencate che, precedentemente, trovavano riferimenti esclusivamente nel codice deontologico medico e delle altre professioni sanitarie oppure nelle stesse sentenze della magistratura.

Art. 1

Il consenso informato

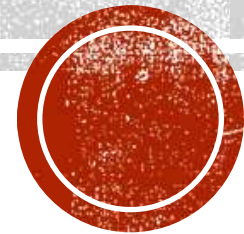


Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È 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. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*équipe* sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.



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

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'auto-determinazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È 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. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*équipe* sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

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. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4,

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, con le stesse forme di cui al comma 4, 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. 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. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. 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. 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.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

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

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.



Art. 3.

Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. 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.

3. 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.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. 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.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

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 mate-

ria e nei confronti del medico o del professionista, 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.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, 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.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. 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 Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.



LEGGE 219/2017

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.
- 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 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.
- 3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.



Eutanasia e suicidio assistito dal medico: il documento della Task Force Etica dell'EAPC

(Palliat Med 2003; 17: 97-101)

	Sedazione palliativa	Eutanasia
Intenzione	Sollievo da sofferenza intollerabile	Uccisione del paziente
Procedura	Uso di farmaco sedativo per controllo di sintomo refrattario	Somministrazione di farmaco letale
Risultato	Sollievo dal distress	Morte immediata



Art. 1 - Consenso informato

ESONERO DI RESPONSABILITÀ DEL MEDICO (art. 1 co. 6 e 7)

- il medico che rispetta la volontà del paziente è esente da responsabilità civile e penale
- il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento o di rinunciare, e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale
- Il paziente non può esigere trattamenti contrari a norme di legge, alla deontologia o alle *best practice*

STRUTTURE SANITARIE (art. 1 co. 9)

- ogni struttura sanitaria garantisce l'attuazione piena e corretta della 219/2017 assicurando l'informazione ai pazienti e la adeguata formazione del personale

TEMPO DI CURA (art. 1 co.8)

- il tempo di comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura



Art. 3 - Consenso informato di minori e incapaci

PERSONE MINORI DI ETÀ (art 3 co. 2)

- Il consenso informato del minore è espresso o rifiutato dai genitori o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore;

INTERDIZIONE (art 3 co. 3)

- Il consenso informato dell'interdetto (art 414 c.c.) è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto, ove possibile;

INABILITAZIONE (art 3 co. 4)

- Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla persona inabilitata;

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (art. 3 co. 4)

- Nel caso di nomina di ADS che preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'ADS o solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario.



Art. 3 - Consenso informato di minori e incapaci

CONFLITTO DI INTERESSI TRA MEDICO E VOLONTÀ ESPRESSA DAL RAPPRESENTANTE

(art. 3 co. 5)

- Se il rappresentante legale della persona minore o interdetta o inabilitata oppure l'ADS, in assenza di DAT, rifiuti le cure ma il medico le ritiene necessarie, si pronuncia il Giudice Tutelare su ricorso del legale rappresentante o dei soggetti ex 406 c.c.



LEGGE 219/2017

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.



LEGGE 219/2017

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

- 5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico **e' 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 possibilita' 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.





Pianificazione condivisa delle cure (art. 5):

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.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.



FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)



Art. 20

Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

Art. 21

Competenza professionale

Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

Art. 22

Rifiuto di prestazione professionale

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.



QUESTO CEROTTO
MA COME FA UNO A
METTERLO NELL'ANIMA?

