

24 SETTEMBRE 2021

Il *fine vita* alla luce della sentenza della Corte Costituzionale 25.9.2019 n° 242.

Il *consenso informato* della vittima *vulnerabile* e l'apporto del Comitato etico nell'accertamento dei presupposti di applicazione della Legge n° 219/2017

Le criticità (medico-legali)

DOTT. LUCA MASSARO

SPECIALISTA IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI
ESPERTO IN SCIENZE CRIMINOLOGICHE



HOMO DIGNUS O GRAVI MORBO AEGER? ESISTENZA LIBERA E DIGNITOSA! MALATA FINO A UN CERTO PUNTO ...

DISPONIBILITA' DI **BENI**: LA VITA! ... LA VITA?? SI' LA VITA !

AUTODETERMINAZIONE (PREVALENZA DI DIRITTO TRA I DIRITTI): PRIMA DI TUTTI I DIRITTI?

«ALLEANZA TERAPEUTICA»: SBILANCIATA?

DIRITTO A UN «BUON FINE-VITA» SFUMA
NEL DOVERE DI FORNIRE UN «BUON FINE-VITA»?

ANNULLAMENTO/CONTENIMENTO DEL DOLORE: LA VITA E' DOLORE?

OBIEZIONE DI COSCIENZA DEL MEDICO: NEMMENO UN ARTICOLO DI LEGGE? E' UN RUOLO MARGINALE QUELLO DEL MEDICO ? OBBLIGATORIAMENTE «MARGINALE»?

«COMPORTAMENTO SUICIDARIO» DEL PAZIENTE E DAT

L'EQUILIBRISMO GIURIDICO DEL «FINE VITA» TRA SUICIDIO ASSISTITO, EUTANASIA E OMICIDIO DEL CONSENZIENTE

IL NUCLEO SOCIOLOGICO DELLA FAMIGLIA: QUALE IMPORTANZA? – VEDI FIGURA DEL «FIDUCIARIO»

- ▶ Aspettativa di vita (**2019**) a livello mondiale era di 73,4 anni contro i 66,5 del 2000: in Europa quella media era di **78,2** anni; in Italia (2019-2020) aspettativa di vita *media* era di **82** anni (79,7 negli uomini e **84** nelle donne)

L'invecchiamento e i problemi a esso connessi, incluse le patologie tipiche, è e sarà **peculiare** in Italia

- ▶ In Unione Europea tra il 2006 al 2016 sono diminuiti i tassi di mortalità per tumori e sono aumentati quelli per malattie del sistema nervoso (del 29,6% per gli uomini e del 33,1% per le donne)
- ▶ Nel **2018** le principali cause di morte in Italia: 2) **tumori (180.000)**;
4) **malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (30.000)**;
6) **disturbi psichici e comportamentali (intorno ai 30.000)**

Fonte: Società italiana di gerontologia e geriatria 2018.

2/3 delle persone muoiono sopra i 70 anni.

muoiono per polipatologie cronic-degenerative dopo un lungo periodo di disabilità e fragilità

Dopo percorsi di diagnosi e cura spesso futili

Condizione gravosa con perdita della qualità di vita e della dignità della persona

Quali cure di fine vita?

- ▶ Nutrizione e idratazione
- ▶ Supporto assistenziale
- ▶ Cure ordinarie e medicazioni
- ▶ Terapie intensive e di rianimazione

Nutrizione e Idratazione per os (NATURALE)

Nutrizione e Idratazione ARTIFICIALE

- per via enterale (PEG, SNG)
- via parenterale (accesso venoso periferico, centrale)

Fonte: Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

- La nutrizione artificiale non deve essere intrapresa se l'attesa di vita è limitata a poche settimane
- Può essere interrotta se non fornisce un reale beneficio
- Crescente e significativa letteratura attesta l'inefficacia della PEG nella fase finale della demenza

Paziente **vulnerabile**. Chi è? Soggetto affetto da deficit della propria (piena) autonomia?

Fragile e vulnerabile → la «capacità d'agire»; «la capacità di intendere e di volere»

Patologie tumorali (stadi avanzati e terminali)

Patologie neurologiche (sistema nervoso centrale e/o periferico con dolore neuropatico)

Patologie psichiatriche e neurodegenerative

La *fragilità* evoca immagini e contenuti di ordine sociale e medico

La *vulnerabilità* invece richiama un'**interazione squilibrata** (tra due persone, tra una persona e un sistema ...)

il dolore

Definito il 5° segno vitale

valutato dopo la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la temperatura corporea e la respirazione

Segni del dolore (demenza severa) – deficit di espressione verbale

Espressioni facciali: triste, spaventato, smorfie, occhi chiusi o semi-chiusi, accigliato, sbattere le palpebre, fronte corrugata)

Vocalizzazioni: sospirare, lamentarsi, gemere, brontolare, cantare, gridare, ingiurie, richiesta d'aiuto

SINTOMI REFRATTARI

SINTOMI NON CONTROLLATI IN MODO ADEGUATO NONOSTANTE GLI SFORZI PER IDENTIFICARE UN TRATTAMENTO VALIDO ED EFFICACE CHE NON COMPROMETTE LO STATO DI COSCIENZA

DISPNEA
DELIRIUM
VOMITO
DOLORE
DISTRESS PSICOLOGICO
STATO DI MALE EPILETTICO

SEDAZIONE PALLIATIVA TERMINALE

RIDUZIONE INTENZIONALE DI COSCIENZA IN MISURA ADEGUATA
E PROPORZIONATA ALLA NECESSITÀ DI CONTROLLARE I SINTOMI
REFRATTARI

Viene praticata quando è prevista la morte
entro un lasso di tempo compreso tra poche
ore e pochi giorni

► Legge 22 dicembre 2017 n° 219

«Norme in materia di consenso informato e di disposizione anticipate di trattamento»

Art. 1 co.1 - diritto alla dignità e all'autodeterminazione

co. 3 «Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato ... può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ...».

La domanda da porre al paziente è: «Vuole essere informato o rifiuta di essere informato?» Da subito allora? Nei momenti della diagnosi iniziale: Sarcoma dei tessuti molli? Mesotelioma?

CO. 3: «IL RIFIUTO E LA RINUNCIA DELLE INFORMAZIONI E L'EVENTUALE INDICAZIONE DI UN INCARICATO **SONO REGISTRATI NELLA CARTELLA CLINICA ...**». DEVE ESSERE **TUTTO** VERBALIZZATO.

CO. 5: «OGNI PERSONA **CAPACE DI AGIRE** HA IL DIRITTO DI RIFIUTARE, IN TUTTO O IN PARTE, ... QUALSIASI ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO SANITARIO ...». CHI ACCERTA LA CAPACITA' D'AGIRE? UNO PSICHIATRA?

Co. 4: «... ai fini della presente legge sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale ...». Ai fini della presente legge. Fino a qualche anno fa erano «sostegni vitali»

Co. 8: «Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» - il medico che non trascorre tempo a «comunicare con il paziente» non **cura**?

Art. 2 co. 1: «Il medico deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze ...»; «... sempre garantita un'appropriata terapia del dolore ...»

Co. 2: «... nei casi di paziente con **prognosi infausta a breve termine**, di **imminenza di morte**, il medico **deve** astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure ... in presenza di sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari, il medico **può** ricorrere alla sedazione profonda continua in associazione con la terapia del dolore ...». **DEVE PROPORLA?**

Art. 3 (minore di età e incapace)

Co.1: «... ha diritto alla **valorizzazione** delle proprie capacità di comprensione e di decisione ...». Come **valorizzare?**

Co. 5: nel caso di rifiuto da parte di rappresentante legale, amministratore di sostegno di cure (proposte), in assenza di DAT → → decisione rimessa al giudice tutelare ... ricorso anche del medico ... oppure del rappresentante legale della struttura sanitaria

Art. 4 Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Co.1 «Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere ... dopo aver acquisito **adeguate** informazioni mediche ...». Dove e come vengono acquisite? E' importante verificare?

Chi stabilisce se la persona è capace di intendere e di volere? E' importante stabilirlo o dobbiamo stabilirlo? Quale validità hanno disposizioni senza accertare la capacità di intendere e di volere del disponente?

«... Può esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari ...».

DAT possono essere **disattese** dal medico se:

- palesemente incongrue; (se sono poco incongrue vanno accettate!)
- non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente
- sussistono terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita

Chi lo stabilisce? Chi stabilisce tutto questo? Quale figura?

ART. 5. PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

- PATOLOGIA CRONICA E INVALIDANTE OPPURE
- PATOLOGIA CARATTERIZZATA DA INARRESTABILE EVOLUZIONE CON PROGNOSI INFAUSTA

«**PUO'** ESSERE REALIZZATA UNA PIANIFICAZIONE DELLE CURE CONDIVISA»

«IL PAZIENTE ESPRIME IL CONSENSO» ...? RISPETTO A COSA? ALLA PIANIFICAZIONE O AL SINGOLO ATTO MEDICO DI VOLTA IN VOLTA PROPOSTO?

DEVE ESSERE VERBALIZZATA LA PIANIFICAZIONE?
L'ARTICOLO PARLA DI VERBALIZZAZIONE DEL CONSENSO

PIANIFICAZIONE CHE PUÒ ESSERE «AGGIORNATA»

DAT. COSA SUCCEDE?

LA LEGGE N° 219/2017 **NON LO PREVEDE !**

LA LEGGE 194/78 («NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA») PREVEDE L'OBIEZIONE DI COSCIENZA? **SI'** – ART. 9.

STIAMO PARLANDO DI VITA E DI MORTE?
LIBERTA' DI AUTODETERMINAZIONE DEL PAZIENTE VERSUS LIBERTA' DI
COSCIENZA DEL MEDICO

Art. 22 codice deontologico medico

«Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengono 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 nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione»

ESISTE UN LIMITE DELLA SOFFERENZA FISICA E PSICOLOGICA?
CHI VERIFICA L'AVVENUTO RAGGIUNGIMENTO O
L'APPROSSIMARSI DEL LIMITE? L'ESPERIENZA DI OSSERVAZIONE
MEDICA?

IL NOTAIO E' CHIAMATO A VERIFICARE LA VOLONTA'
DISPOSITIVA DEL SOGGETTO? SE SÌ COME?
DOVRA' ACCERTARE SE IL DISPONENTE HA ACQUISITO
«ADEGUATE INFORMAZIONI MEDICHE»?

IL PUBBLICO UFFICIALE CHE PRESTA SERVIZIO PRESSO L'UFFICIO
DI STATO CIVILE DEL COMUNE OVE IL DISPONENTE RISIEDA, E
PRESSO IL QUALE SI RECA PERSONALMENTE PER CONSEGNARE
LA SCRITTURA PRIVATA CONTENENTE LE DAT COSA DEVE
ACCERTARE?
NULLA SECONDO LA LEGGE.

NESSUNO VERIFICA LE DAT!

“VI È SOLAMENTE UN PROBLEMA FILOSOFICO VERAMENTE SERIO: QUELLO DEL SUICIDIO. GIUDICARE SE LA VITA VALGA O NON VALGA LA PENA DI ESSERE VISSUTA, È RISPONDERE AL QUESITO FONDAMENTALE DELLA FILOSOFIA”.

(A. Camus, *Il mito di Sisifo*)



grazie

