

Le cure palliative in Rsa

Ecm: 5 crediti

25 ottobre 2025
ore 8.30/14.00

h. 8.30 *Saluti e introduzione*
dott. Guido Marinoni, presidente Omceo Bergamo

PARTE I

moderatori: dottori Melania Cappuccio e Emanuele Costante Grismondi

h. 9.00 *RSA e cure palliative: riconoscere la prossimità al termine dell'esistenza*
dott. Fabrizio Giunco

h. 9.30 *La terapia farmacologica negli anziani con ridotta aspettativa di vita*
dott. Riccardo Valente

h. 10.00 *Pianificazione anticipata, consenso alle cure e alle DAT in RSA*
dott. Matteo Marchesi

h. 10.30 *Le DAT nella pratica delle comunità: l'esperienza del Comune di Bergamo*
dott.sse Marcella Messina e Aurora Minetti

h. 11.00 *COFFEE BREAK*

PARTE II

moderatori: dottori Fulvio Menghini e Tiziana Mosso

h. 11.15 *Casi clinici: paziente con SLA e con Patologie Neurodegenerative*
dott. Gianmario Marchese

h. 11.45 *Il decesso: la comunicazione e l'elaborazione del lutto*
dott.ssa Simonetta Spada

TAVOLA ROTONDA

moderatrice: dottoressa Melania Cappuccio

h. 12.15 *Criticità e punti di forza delle Cure Palliative in RSA*
dottori Fabrizio Giunco - Riccardo Valente - Matteo Marchesi - Marcella Messina - Aurora Minetti - Gianmario Marchesi - Simonetta Spada - Tiziana Mosso

h. 13.30 *Discussione, conclusioni e test Ecm*
dott.ssa Melania Cappuccio

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
DOTT.SSA MELANIA CAPPUCCIO

Tel.: 035 217200

formazione@omceo.bg.it
www.omceo.bg.it



sede IML
via Autostrada 32
Bergamo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Matteo Marchesi
Responsabile SS Medicina Legale
del Polo Ospedaliero







**CONSENSO
INFORMATO**

*“Ogni essere umano adulto e sano di mente ha il diritto di **decidere** su cosa va fatto al suo corpo”*

*“Il Medico che esegue un intervento **senza** il consenso del paziente commette un’aggressione”.*

→ **CONSENT**

Corte d’Appello dello Stato di New York – Giud. Cardozo
Caso *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 1914

*"Un medico viola il suo dovere nei confronti del paziente e lui stesso si assume la responsabilità se omette i dati necessari per formare la base di un consenso **ragionato** da parte del paziente al trattamento proposto".*

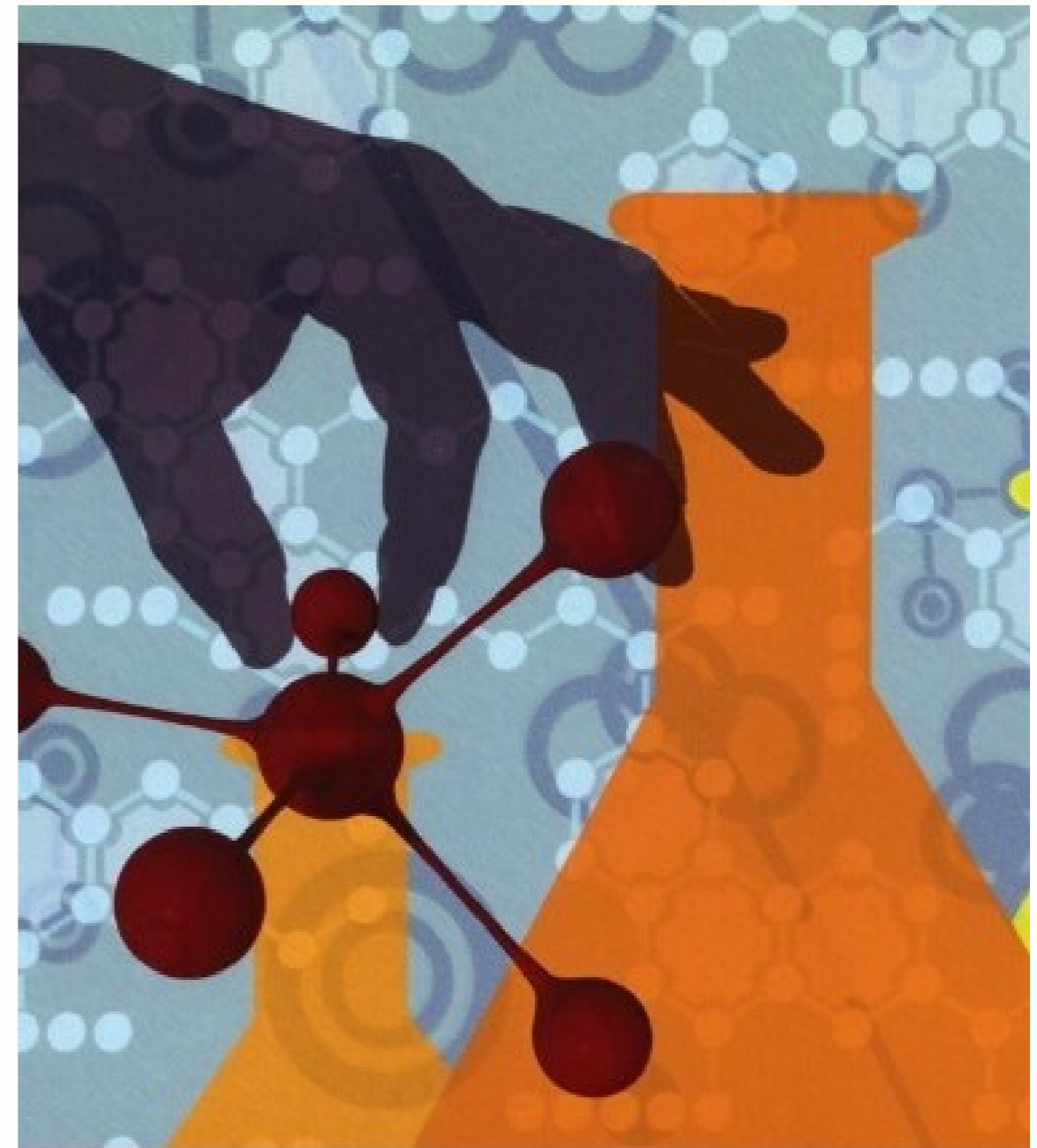
→ **INFORMED** CONSENT

Corte d'Appello della California
Caso *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* 1957

European Convention on Human Rights



1950



Biomedicine and human rights

The Oviedo Convention
and its additional protocols

Publishing
Editions



1997

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA

REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Sabato, 27 dicembre 1947

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI - TELEF. 50-139 51-236 51-854
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI 10, ROMA - TELEF. 80-033 841-737 850-144**

COSTITUZIONE

DELLA

REPUBBLICA ITALIANA

L. 180/78

**Accertamenti e trattamenti sanitari
volontari e obbligatori – art. 1**

L. 833/78

Istituzione dell'SSN – art. 33

AMBITO DEONTOLOGICO: EVOLUZIONE

Codice di Deontologia Medica

1978 - art. 30: nascondere la prognosi infausta

1989 - art. 39: non rivelare la prognosi infausta

1995 - art. 29: necessità del consenso informato

1998 - art. 34: tener conto delle volontà pregresse

2014 - art. 35: dissenso informato

Codici Deontologici delle Professioni Sanitarie

Infermieri	2019	artt. 4, 17, 33
Infermieri (Cod. internazionale)	2012	art. 1
Ostetriche	2010	art. 3 punti 5, 7, 8, 9 e 10
Psicologi	2014	art. 9
Farmacisti	2007	art. 12
Logopedisti	1999	art. 12
TSRM	2004	art. 3.4
Assistenti Sanitari	2012	art. 5.3
Dietisti	2009	capo III - 1
Educatori professionali	2010	III - 4
Fisici Medici	2016	art. 3 – d
Fisioterapisti	1998	titolo III
Igienisti dentali	2012	art. 4
Ortottisti	2012	capo II
Audiometristi	2001	art. 10
Audioprotesista	2001	art. 7
Neuro-Psicomotricisti		art. 2.4
Terapista Occupazionale	2008	capo B
Tecnici Riab. Psichiatrica	2012	Titolo III

AMBITO PENALE: EVOLUZIONE

Cass. Pen. 5.4.1992 → omicidio preterintenzionale

Cass. Pen. 12.7.2001 → omicidio colposo

Cass. Pen. 11.7.2002 → solo se dissenso esplicito

Cass. Pen. 18.12.2008 → non rilevanza penale, se non

vi era dissenso esplicito e l'esito è stato fausto

Cass. Pen. 24.3.2015 → non rilevanza penale

Cass. Pen. 19.1.2018 → non rilevanza penale

Cass. pen. sent. n. 21537/2015

Cass. pen. sent. n. 2354/2018

*«**La mancanza o l'invalidità del consenso non ha alcuna rilevanza penale** ... il giudizio sulla sussistenza della colpa non presenta differenze di sorta a seconda che vi sia stato o no il consenso informato del paziente...»*



Ha, però, rilevanza se la mancata acquisizione del consenso informato si traduca nell'impossibilità per il medico *«di conoscere le reali condizioni del paziente e di acquisire un'anamnesi completa»*.

AMBITO CIVILE

Cass. civ. sent. n. 12205 del 12.6.2015

Risarcibilità del danno derivato dalla **violazione del diritto all'autodeterminazione,**
anche in assenza di danno alla salute.



NOTA BENE:

Per le prestazioni che si **ripetono** (ad. emotrasfusioni, sedute di emodialisi, infusioni di farmaci, chemio- radioterapia, etc...), **NON** occorre ogni volta acquisire per iscritto il consenso informato

Occorre farlo **solo se muta il profilo di rischio**, perché si deve informare il paziente di ciò, al fine del rinnovo o no del consenso alla prestazione.

**NOVITÀ INTRODOTTE
DALLA L. 219/17**



SALUTE

LIBERTÀ

ANTICIPAZIONE



Art. 1 c. 3

INDICAZIONE DI «INCARICATI»

Comma 3 – Possibilità di:

Indicare i **familiari** o una «**persona di fiducia**»
incaricati di ricevere le informazioni e di
esprimere il consenso in sua vece



Registrazione nella «cartella clinica» o nell'FSE



**INDICAZIONE DEL FAMILIARE / FIDUCIARIO
INCARICATO DI RICEVERE LE INFORMAZIONI
E DI ESPRIMERE IL CONSENSO O IL RIFIUTO AGLI ATTI SANITARI**

Io sottoscritto/a DICHIARO DI INCARICARE il sig. / la sig.ra _____
nato/a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____

a ricevere le informazioni ed esprimere il consenso o il rifiuto a:

1
2
3
4

- tutti gli atti sanitari
- tutti gli atti sanitari relativi a questo problema di salute: _____
- gli atti sanitari di questo ricovero/accesso ambulatoriale
- questi specifici atti sanitari: _____

**ETICHETTA
DEL PAZIENTE:**

(in mancanza dell'etichetta,
scrivere **COGNOME**
e **NOME** del paziente)

[Empty box for patient label with a red arrow pointing to it]

**TIMBRO
DEL MEDICO:**

(in mancanza del timbro,
scrivere il n° di **MATRICOLA**)

[Empty box for doctor stamp with a red arrow pointing to it]

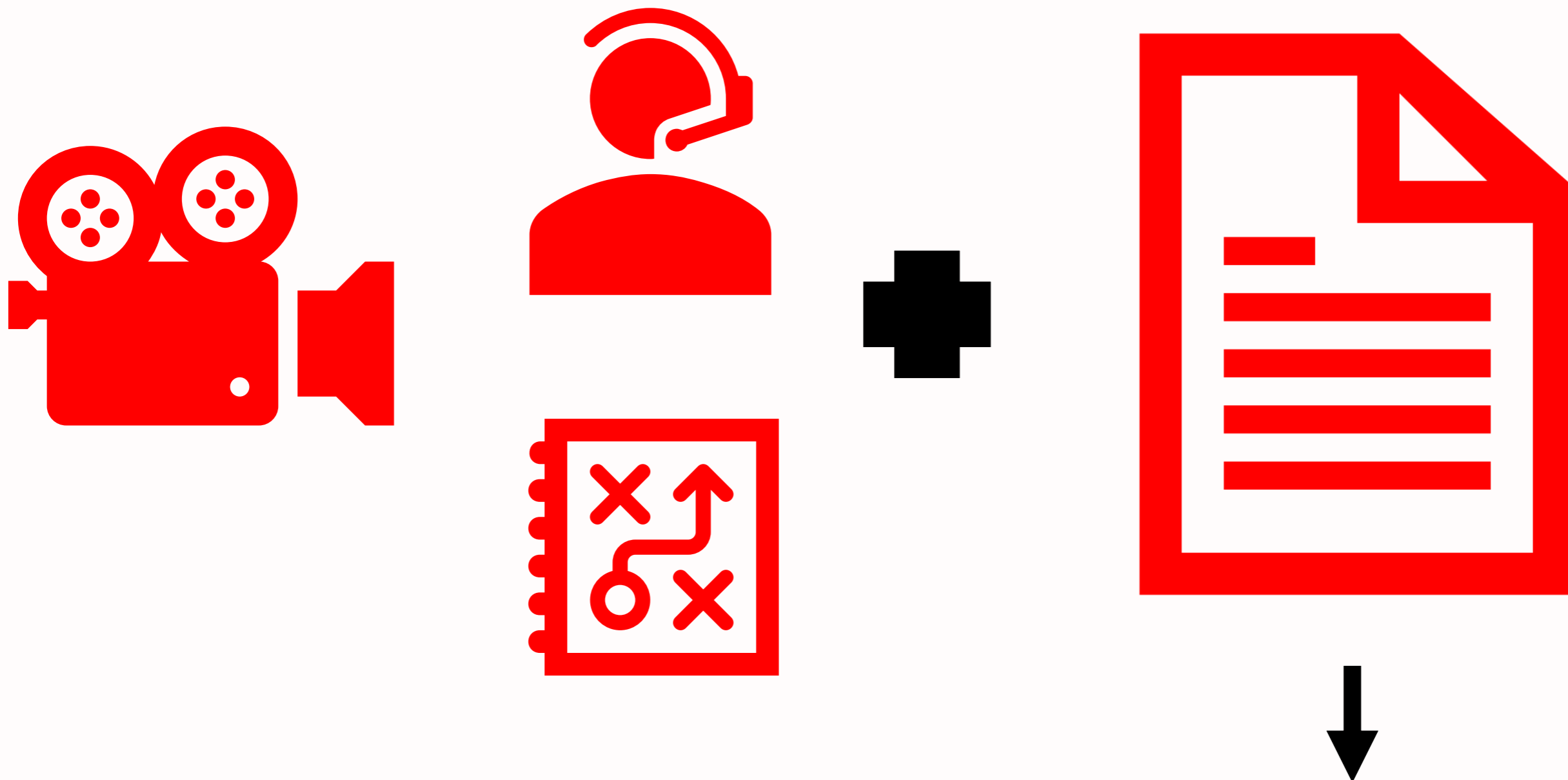
DATA ____ / ____ / ____ ←

Il/La Paziente _____ ←

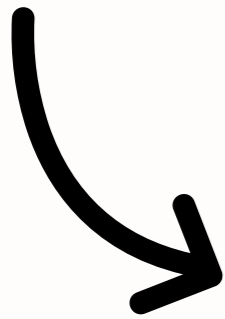
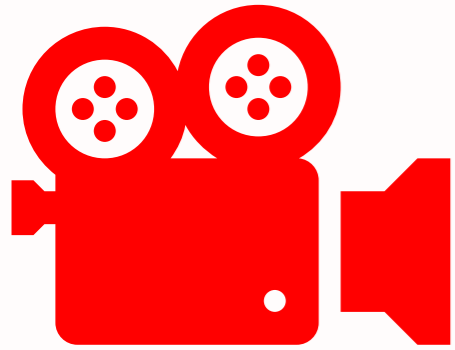
Non in grado di firmare (vedasi **videoregistrazione**)

Il Medico, **firma:** _____ ←

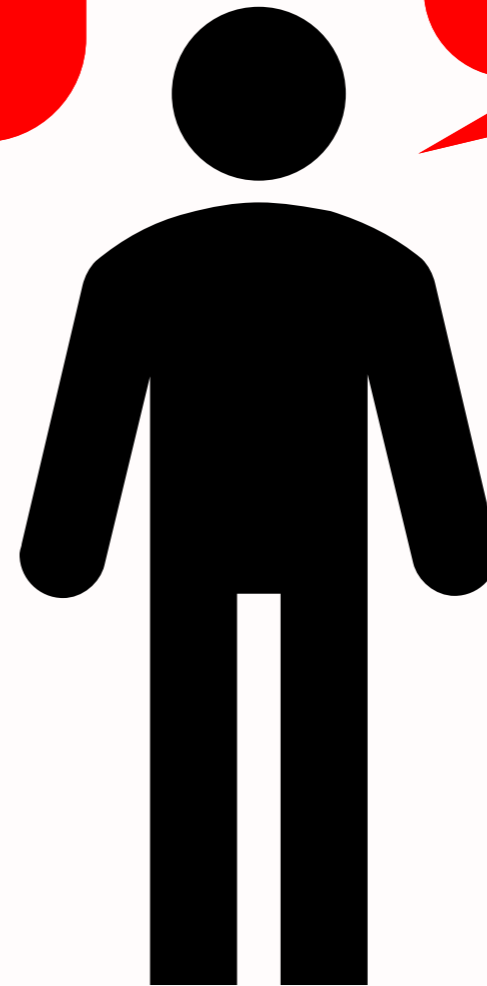
Interprete: **NO** **SÌ:** Cognome Nome _____, firma: _____



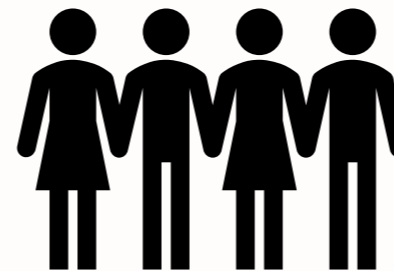
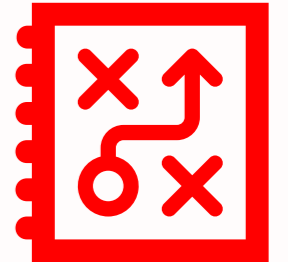
* CAPACE	Il Paziente, firma: _____ ←
	<input type="checkbox"/> Non in grado di firmare (vedasi videoregistrazione)
	Il familiare/fiduciario incaricato dal paziente: _____ ←



**Nome
Cognome
Medico
Luogo -Data
Documento/i
informativo/i**



**Nome Cognome
Paziente
«Ho compreso»
«Acconsento»
o «Rifiuto»**



Eventuali testimoni

Art. 1 c. 3

RIFIUTO DELL'INFORMAZIONE

Possibilità esplicita di:

Rifiutare in tutto o in parte
di essere informato





**CONSENSO/ RIFIUTO DI ATTI SANITARI
SENZA INFORMAZIONI O CON INFORMAZIONI LIMITATE**

ATTIVITÀ PROPOSTA/E



Io sottoscritto/a DICHIARO

DI NON VOLER ESSERE INFORMATO/A circa i dettagli dell'attività sanitaria indicata e proposta per la condizione clinica e di delegare ai Sanitari le decisioni in merito.

DI VOLER ESSERE INFORMATO/A solo sui seguenti aspetti:

Art. 1 c. 4

FORMA DEL CONSENSO/RIFIUTO

- per **iscritto**
- o con **videoregistrazione**
- e/o con **dispositivi** di comunicazione per disabili



Registrazione nella cartella clinica o nell'FSE

Art. 1 c. 5

RIFIUTO

Possibilità di **rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi atto sanitario**, **comprese l'idratazione e la nutrizione artificiali.**



INFORMAZIONE SU RISCHIO DI MORTE

+

ASSISTENZA PSICOLOGICHE



da **documentare** → «cartella»/FSE

Art. 1 c. 6

DOVERE DI RISPETTARE

Obbligo di rispettare il rifiuto del paziente

[**N.B. NON** prevista l'obiezione di coscienza]



Esenzione da responsabilità penali e civili

Art. 1 c. 6

DIVIETO DI PRETESA

Il paziente **NON può pretendere** trattamenti che siano contrari:

alla legge

alla deontologia

alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Art. 2

DOLORE E DIGNITÀ DEL FINE VITA

- Terapia del Dolore e cure palliative
- Divieto di «accanimento» terapeutico
- Sedazione palliativa profonda



da **documentare** → cartella/FSE

Art. 580 cp Istigazione o aiuto al suicidio



*Chiunque determina
altri al suicidio
o rafforza l'altrui proposito di s.,
ovvero
ne agevola in qualsiasi modo
l'esecuzione,
è punito, se il suicidio avviene,
con la reclusione da 5 a 12 aa.*

Corte costituzionale, sentenza 242/2019

ILLEGITTIMO punire se:

1. proposito **autonomamente** e **liberamente** formatosi
2. persona affetta da una patologia **irreversibile**
3. fonte di sofferenze che ella reputa **intollerabili**
4. tenuta in vita da trattamenti di **sostegno vitale** *

→ condizioni e modalità di esecuzione verificate da una struttura pubblica dell'**SSN**,

→ previo parere del **comitato etico** territorialmente competente.



Corte Costituzionale sent. 135/2024



1. diritto di rifiutare **ogni** trattamento sanitario
2. *indipendentemente* dal suo grado di complessità tecnica e di invasività; ad es.
 - **aspirazione** di muco dalle vie bronchiali
 - evacuazione **manuale** dell'intestino
 - inserimento di **cateteri** urinari

→ «...dovranno certamente essere considerati quali trattamenti di sostegno vitale...»

Art. 3

MINORI ED INCAPACI

Informazione in base alle possibilità di
comprensione

Tenere conto anche della loro volontà



Ad ogni modo, occorre il **consenso** dei
genitori / legali rappresentanti

Discusso quanto sopra, l'attività sanitaria proposta è:

per le prestazioni con carattere di lateralità: lato destro lato sinistro bilaterale.

FATTORI PERSONALI DI PARTICOLARE AUMENTO DEI RISCHI: NO SÌ: _____

- 1) Confermo/confermiamo di aver ben compreso le informazioni discusse e il contenuto informativo scritto e di aver ricevuto il corrispondente estratto.
- 2) Alla luce di ciò:
 - a. **SI ACCONSENTE** **SI RIFIUTA** l'attività sanitaria proposta, ribadendo di averne compreso in particolare la finalità, i limiti, i rischi, nonché le eventuali possibili alternative e l'eventuale necessità di variazione modale in corso di svolgimento della stessa.
 - b. **SI ACCONSENTE** **SI RIFIUTA** il trattamento di eventuali altre patologie riscontrate nel corso dell'atto sanitario.
- 3) Ho/abbiamo anche compreso di poter richiedere ulteriori chiarimenti e di poter revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario.

ETICHETTA
DEL PAZIENTE:
(in mancanza dell'etichetta,
scrivere COGNOME
e NOME del paziente)

DATA ____ / ____ / ____ ←

Il Paziente *

* CAPACE	Il Paziente, firma: _____ ↑
	<input type="checkbox"/> Non in grado di firmare (vedasi videoregistrazione)
* NON CAPACE	Il familiare/fiduciario incaricato dal paziente: _____ ↑
	MINORE DI ETÀ, i genitori / l'affidatario: Sig./Sig.ra _____, firma: _____ ↑
	Sig./Sig.ra _____, firma **: _____ ↑
	** In caso di irresponsabilità di uno dei genitori: vedasi la relativa DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
	Per i pazienti di età > 12 anni e in grado di poter esprimere la propria volontà: NON DISSENTE <input type="checkbox"/> DISSENTE
Con CAPACITÀ CIVILE LIMITATA, il legale rappresentante (amm. di sostegno/tutore/curatore): Sig./Sig.ra ** _____, firma: _____ ↑	
<input type="checkbox"/> Paziente ora NON CAPACE di esprimere il consenso, che ha espresso le DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT): vedasi il documento delle DAT. Il fiduciario del paziente (se indicato nelle DAT), firma: _____ ↑	
<input type="checkbox"/> Paziente con NON CAPACE di esprimere il consenso e privo di DAT e di legale rappresentante: Vedasi la DICHIARAZIONE NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO INCAPACE	

TIMBRO
DEL MEDICO:
(in mancanza del timbro,
scrivere il n° di MATRICOLA)

Il Medico, firma: _____ ↑

Interprete: NO SÌ: Cognome Nome _____, firma: _____

← 1 Prestazione

← 2 Lateralità

← 3 Particolari fattori di rischio

4 Consenso o rifiuto

A

*** CAPACE**

Il Paziente, **firma:** _____ ⇐



Non in grado di firmare (vedasi **videoregistrazione**)

Il familiare/ fiduciario incaricato dal paziente: _____ ←

B

*** NON CAPACE**

MINORE DI ETÀ, i genitori / l'affidatario:

Sig./Sig.ra _____, **firma:** _____ ←

Sig./Sig.ra _____, **firma **:** _____ ←

** In caso di irreperibilità di uno dei genitori: vedasi la relativa **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

Per i pazienti di età > 12 anni e in grado di poter esprimere la propria volontà: **NON DISSENTE** **DISSENTE**



Con CAPACITÀ CIVILE LIMITATA, il legale rappresentante (amm. di sostegno/tutore/curatore):

Sig./Sig.ra ** _____, **firma:** _____ ←

Paziente ora **NON CAPACE** di esprimere il consenso, che ha espresso le **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)**: vedasi il documento delle DAT.



Il fiduciario del paziente (se indicato nelle DAT), **firma:** _____ ←

Paziente con **NON CAPACE** di esprimere il consenso e **privo** di DAT e di legale rappresentante:
Vedasi la **DICHIARAZIONE NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO INCAPACE**



1
2
3
4
5
6
7

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E RIFIUTO DELLE CURE

Art. 3 c. 4

L'AdS, se la sua nomina attiene anche all'assistenza necessaria o prevede la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, → **può rifiutare le cure**

Confermato da:

- Cass. civ. 12998/2019
- C. Cost. 144/2019

N.B.

Cass. civ. 2549/2025

NO, se rifiuto **irragionevole** (trasfusione di sangue prelevato da soggetti vaccinati per COVID)

Art. 3 c. 5

CONFLITTO

con il RAPPRESENTANTE LEGALE



RELAZIONE *DETTAGLIATA* SUI BENEFICI / RISCHI



Ricorso al **Giudice Tutelare**

(→ NB: se possibile, **congiunto** con i genitori/rappr.leg.)



Mental Capacity Act 2005

- [dementia](#)
- a severe [learning disability](#)
- a [brain injury](#)
- a [mental health illness](#)
- a [stroke](#)
- unconsciousness caused by an anaesthetic or sudden accident

Ministry of
JUSTICE



Making decisions
The Independent Mental Capacity
Advocate (IMCA) service



“My next patient may lack capacity”



Index

1

Mental Capacity Act

Key Principles

2

Capacity & Consent

Assessing capacity & inability to consent

3

Best Interests

Decision making for patients

4

IMCA

Independent Mental Capacity Advocacy

5

DOLS


Deprivation of Liberty Safeguards

"Capacità" è definita come l'abilità di:

1. **comprendere** le informazioni **rilevanti** per una decisione
2. utilizzare e valutare quelle informazioni per **formarsi un giudizio**
3. **ricordare** quelle informazioni abbastanza a lungo da decidere
4. **comunicare** la decisione, verbalmente, con la lingua dei segni o con qualsiasi altro mezzo.

→ La capacità non è "una volta per tutte": può cambiare nel tempo e va valutata nel momento in cui è richiesto il consenso a uno specifico trattamento.

Ad es. una persona con gravi difficoltà può essere in grado di decidere in merito alle cure quotidiane (*day-to-day treatment*), ma incapace di comprendere le complessità delle cure a lungo termine.

The **person ultimately responsible** for carrying out the treatment/ proposed action, also known as the **decision-maker** is **responsible for establishing** whether the person has capacity or not. 

An IMCA **cannot** assess capacity

**DISPOSIZIONI
ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO**

Le tappe in Italia:

1990 Consulta di Bioetica di Milano → «**biocard**»

1997 Nuova impostazione della *biocard*.

2000 Min. Sanità → Gruppo di studio nutrizione e idrataz.

2001 Recepimento Convenzione di Oviedo

2003 CNB → «**dichiarazioni** anticipate di trattamento»

2006 Fond. Veronesi → Modulo per testamento biologico

CONV. DI OVIEDO

*Art. 9 – Desideri **precedentemente** espressi*

*I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà **saranno tenuti in considerazione.***

Codice di Deontologia Medica

2006

Art. 38 - Autonomia del cittadino e **direttive anticipate**

2014

Art. 38 – **Dichiarazioni anticipate** di trattamento

Art. 39 – Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Codice Deontologico dell'Infermiere 2019

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi... espressa anche in forma **anticipata**

Art. 4

DISPOSIZIONI

≠

DICHIARAZIONI

≠

DIRETTIVE

Art. 4 c. 1

REQUISITI PER ESPRIMERE LE DAT



1. Essere **maggioirenni**.
2. Essere **capaci d'intendere e di volere**.
3. **Avere acquisito adeguate informazioni mediche** sulle conseguenze delle sue scelte

Art. 4 c. 1

INDICAZIONE (ANTICIPATA) DEL **FIDUCIARIO**



Previsione di grande utilità!!



Se è indicato un fiduciario,
non è necessario affrontare l'iter
per l'amministrazione di sostegno

Art. 4 c. 2

REQUISITI PER ESSERE «FIDUCIARIO»



**1. Maggiorene e capace
d'intendere e di volere.**

**2. Accettare le DAT
e sottoscriverle**

N.B. Nomina revocabile e rinunciabile.

FIDUCIARIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/lasottoscritto/a _____

omissis

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 con riferimento alla dichiarazione anticipata redatta da:

Cognome e nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

DICHIARA

(barrare con una croce una o più caselle corrispondenti)

di essere a conoscenza e di aver accettato la nomina in qualità di "fiduciario" per l'esecuzione della suddetta dichiarazione, e averla accettata, per l'esecuzione avere redatto le seguenti dichiarazioni

di essere a conoscenza e di aver accettato la nomina in qualità di "soggetto autorizzato" a estrarre copia della suddetta dichiarazione

Art. 4 c. 1

*Ogni persona... può **attraverso le DAT**, esprimere la propria volontà...*

*Indica **altresi** una persona di sua fiducia... che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.*



Quanto margine d'interpretazione può avere il fiduciario?

DAT molto sintetiche o «in bianco» avrebbero validità?

Art. 4 c. 3

MANCANZA DEL FIDUCIARIO

- Per:
- mancata indicazione nelle DAT
 - revoca / rinuncia
 - incapacità / decesso



- a. Le DAT **mantengono** la loro validità
- b. «*In caso in necessità*» richiesta al Giudice Tutelare di nominare un **amministratore di sostegno**



Tempistiche (settimane/mesi!)

Art. 4 c. 5

POSSIBILITÀ DI **DISATTENDERE** LE DAT

Possibile se:

- incongruenti
- non corrispondenti alla condizione clinica
- anacronistiche



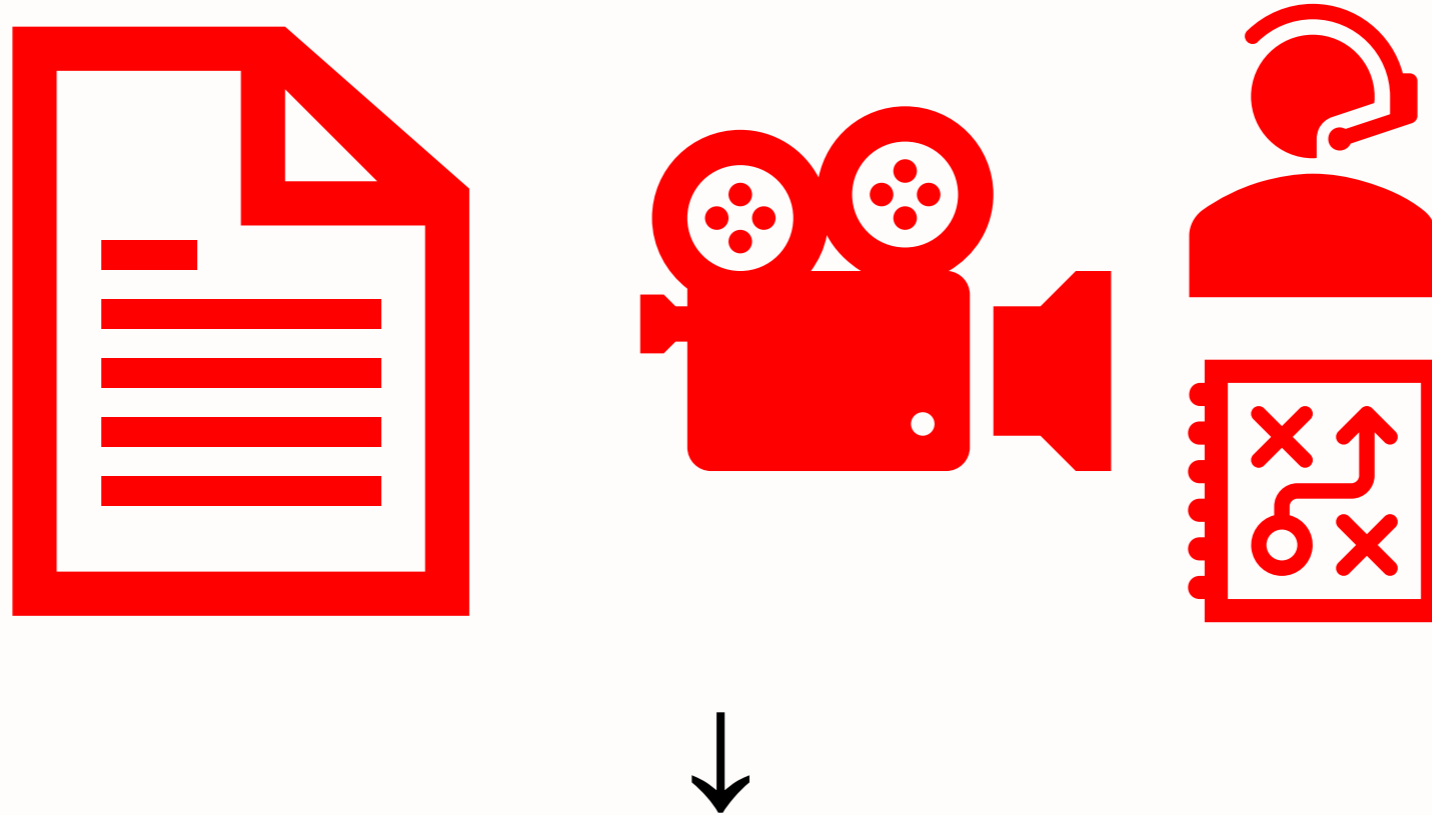
Se **conflitto** Fiduciario / Medici → Giudice tutelare



tempistiche

Art. 4 c. 6

FORMA DELLE DAT



Scrittura privata consegnata *di persona* al Comune

Scrittura privata autenticata

Atto pubblico (notaio)



DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle. Dispongo che i trattamenti:

- Siano iniziati e continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero
- Non siano iniziati e continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

- Siano iniziati e continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- Non siano iniziati e continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

- Siano iniziati e continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
- Non siano iniziati e continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

- Siano intrapresi** tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore
- Non siano intrapresi** tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico non può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)

- sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- non sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

- Voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- Non voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica

- Voglio** essere idratato o nutrito artificialmente
- Non voglio** essere idratato o nutrito artificialmente

- Voglio** essere dializzato.
- Non voglio** essere dializzato.

- Voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Non voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

- Voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- Non voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue

- Voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.
- Non voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il signor:

Nominativo

_____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____

DOVE REPERITE LE DAT?

Registri comunali (ove istituiti)

Registro nazionale dei Notai



BANCA DATI NAZIONALE

https://dat.salute.gov.it



Ministero della Salute

DAT - Disposizioni Anticipate di Trattamento



ACCESSO MODULI ON LINE PER TRASMISSIONE DAT (per Comuni e Uffici consolari italiani all'estero)

- Modulo online per la trasmissione della DAT da parte degli uffici di stato civile dei Comuni
- Modulo online per la trasmissione delle DAT da parte degli uffici consolari italiani all'estero
- Modulo online per la compilazione e trasmissione dell'elenco nominativo delle DAT raccolte dai Comuni prima del 1 febbraio 2020
- Modulo online per la compilazione e trasmissione dell'elenco nominativo delle DAT raccolte dai Comuni prima del 1 febbraio 2020 in modalità caricamento massivo da file XML secondo specifiche

MODULO COMUNI

MODULO UFFICI CONSOLARI

MODULO COMUNI
ELENCO NOMINATIVI
PREGRESSO

MODULO COMUNI
CARICAMENTO ELENCO
NOMINATIVI PREGRESSO
DA FILE XML



ACCESSO PER CONSULTAZIONE BANCA DATI DAT (l'accesso richiede l'autenticazione digitale SPID, CNS o CIE)

ACCEDI





DAT - Disposizioni anticipate di trattamento

Portale di accesso alla Banca Dati Nazionale delle DAT.
per la consultazione delle DAT l'accesso è possibile con:

- CNS - Carta Nazionale Servizi
- CIE - Carta di Identità Elettronica
- SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale



Entra con CNS



Entra con CIE



Entra con SPID



Consultazione della Banca dati nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Disponente

Il disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le proprie informazioni, la copia delle proprie DAT oppure, in caso non abbia prestato il consenso alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca dati nazionale, consultare l'indicazione del luogo dove è possibile reperirne l'originale.

[PROSEGUI →](#)

Fiduciario

Il fiduciario che ha accettato la nomina da parte di un disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperirne l'originale.

[PROSEGUI →](#)

Medico

Il medico che ha in cura un paziente in situazione di incapacità ad autodeterminarsi può accedere alla Banca dati nazionale per verificare se lo stesso abbia depositato le proprie DAT, e, nel caso, consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperirne l'originale.

[PROSEGUI →](#)



Dichiarazione di accesso

Per proseguire è necessario selezionare l'apposita casella di accettazione

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico – chirurgica e di essere regolarmente iscritto in Italia ad uno degli ordini provinciali dei Medici.
- di star effettuando trattamenti sanitari o accertamenti diagnostici o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per il paziente/disponente individuato mediante nome, cognome e codice fiscale;

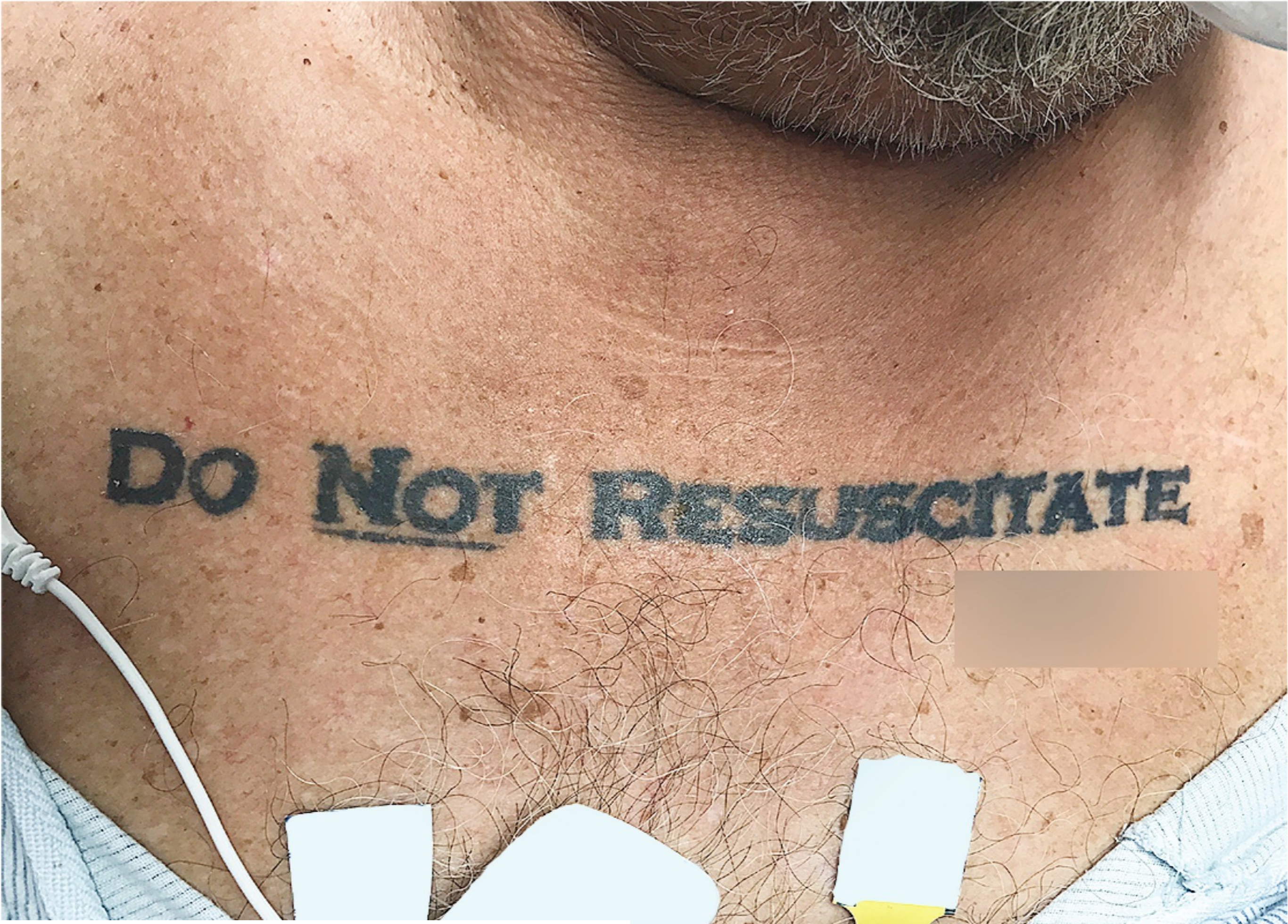


Ricerca DAT

Codice Fiscale:



Il codice fiscale è richiesto per la ricerca

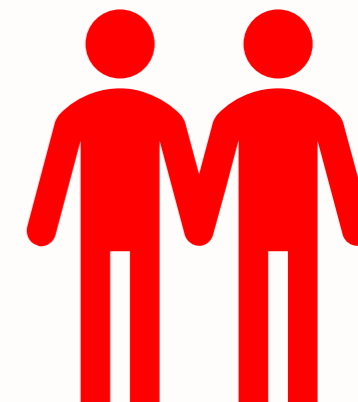
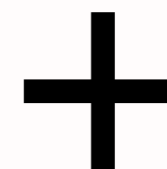
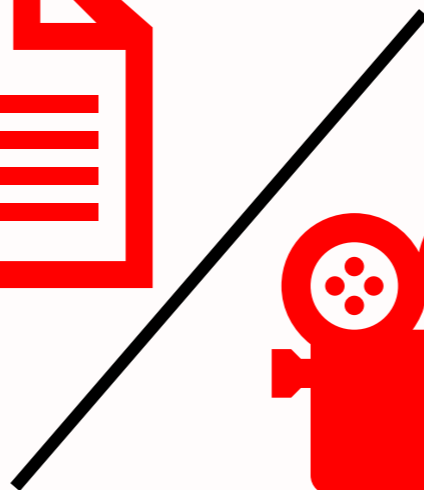


An Unconscious Patient with a DNR Tattoo N ENGL J MED 377;22 NEJM.ORG NOVEMBER 30, 2017

Art. 4 c. 6

REVOCA DELLE DAT

in urgenza



in elezione

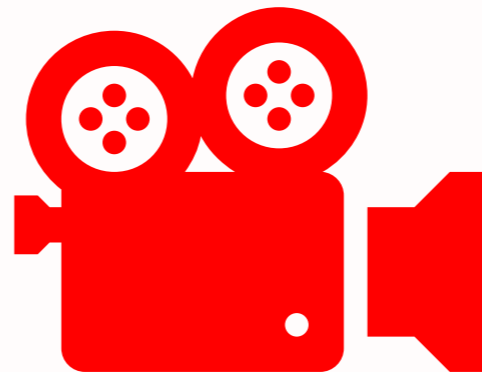
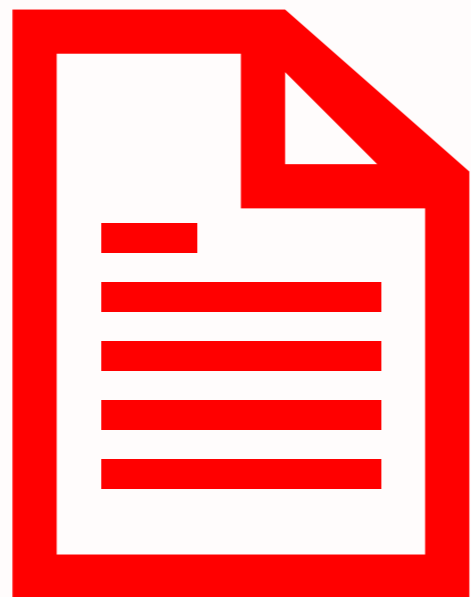
«con le **stesse** modalità di produzione»

Art. 5

PIANIFICAZIONE DELLE CURE

Differenze dalle DAT:

- riferimento ad una condizione nota
- «condivisione» con i Sanitari (e congiunti)



SOGGETTO

NON CAPACE

SENZA DAT

E SENZA LEGALE RAPPR./FIDUCIARIO



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

(20 giugno 1992)

Best Interests

Decision making for patients

del 10 Maggio 2018

Avvenire
QUOTIDIANO: MILANO

estratto da pag. 18

Il «miglior interesse» per la figlia in coma

del 10 Maggio 2018

QN *Quotidiano Nazionale*
QUOTIDIANO: MILANO

estratto da pag. 13

Figlia in coma senza biotestamento «Il padre interpreti le sue volontà» *Modena, il giudice: per fermare le cure trovi prove dal passato*

del 10 Maggio 2018

Il Messaggero
ROMA - ITALIA

estratto da pag. 13

Biotestamento: figlia in coma, decide il padre



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

DA CONSERVARE

nella cartella clinica/ambulatoriale

I
**DICHIARAZIONE NELL'*INTERESSE* DEL SOGGETTO INCAPACE
DI ESPRIMERE IL CONSENSO / RIFIUTO AD ATTIVITÀ SANITARIE
PRIVO DI LEGALE RAPPRESENTANTE**



**DICHIARAZIONE NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO INCAPACE
DI ESPRIMERE IL CONSENSO / RIFIUTO AD ATTIVITÀ SANITARIE
PRIVO DI LEGALE RAPPRESENTANTE**

A) Il paziente non è in grado di esprimere il proprio consenso / rifiuto alle attività sanitarie proposte, poiché:
 incapace di comprendere le informazioni sul profilo rischi/benefici delle attività sanitarie proposte, necessarie per ponderare la decisione di acconsentire o no ad esse;
 incosciente.
 e non ha allo stato un legale rappresentate né un fiduciario.

B) **Non è** / è noto* che il paziente abbia in precedenza manifestato delle esplicite volontà di rifiuto dei trattamenti sanitari (n.b. in forma diversa dalle DAT).

* In caso positivo, specificare quale rifiuto e la fonte dell'informazione: _____

* è disponibile una dichiarazione scritta del paziente, in merito alle proprie volontà di trattamento, che si allega in copia alla presente.

C) **Non sono** / sono disponibili persone (*partner*, familiari, conviventi, assistenti socio-sanitari operatori sanitari, ...) dai quali trarre informazioni in merito ai desideri/preferenze del paziente circa i trattamenti sanitari.

* In caso positivo, quali desideri/preferenze e la persona che li dichiara: _____

La/le persona/e dichiarante/i, firma/e: _____ ←

D) Le attività sanitarie proposte **non sono differibili** senza porre il paziente stesso a rischio di danni per la propria salute.

E) Alla luce di tutto quanto sopra, le attività sanitarie proposte si prospettano come appropriate e le si svolge nell'*interesse (best interest)* del paziente.

DATA ____ / ____ / ____ ←

IL MEDICO (1) <small>(apporre il TIMBRIO o scrivere il n° di MATRICOLA)</small>
firma: _____ ←

IL MEDICO (2) <small>(apporre il TIMBRIO, scrivere il n° di MATRICOLA)</small>
firma: _____ ←

IL CONGIUNTO <small>(se di disponibilità; scrivere Cognome e Nome)</small>
firma: _____ ←

4 punti:

a) stato d'incapacità
 + **assenza** di leg. rappr.
 - fiduciario

b) precedenti volontà:
note / non note

c) persone da cui avere
 informazioni:
disponibili / non disponibili

d) **pregiudizio** in caso di
differimento dell'atto
 sanitario

**PIANIFICAZIONE
CONDIVISA
DELLE CURE
(PCC)**

Art. 5 l. 219/2017

≠ dalle DAT, la PCC regola la gestione di una malattia **nota** e è co-costruita con l'*équipe* sanitaria e, se lo desidera il pz, con familiari e persone di fiducia.

Ha tre obiettivi principali:

1. **Allineare aspettative e obiettivi di cura**

- Medico: andamento prevedibile della malattia, possibili complicanze, opzioni terapeutiche e palliative
- Paziente: preferenze (es. evitare ricoveri ospedalieri nella fase terminale, sedazione palliativa, etc)

2. **Evitare trattamenti non voluti o sproporzionati**

3. **Dare una cornice «giuridica» (→ documentata) al percorso clinico**

PROCEDURA

a) Identificazione dei candidati alla PCC

→ pat. croniche, invalidanti, evolutive, con prognosi infausta.

b) Valutazione della capacità decisionale

→ se fluttuante, cogliere fasi di lucidità

c) Coinvolgimento del fiduciario/familiari/AdS + MMG/Medico fiduciario

→ conflitti: Giudice tutelare

d) Redazione e conservazione della PCC

→ Fascicolo di ricovero; n.b. il personale san. deve averne accesso e rispettare la PCC

e) Aggiornamento periodico

«BUONE PRATICHE»

- a) Adottare un **protocollo interno**
- b) **Formare e aggiornare** il personale
- c) **Coordinarsi con l'MMG** la **struttura sanitaria** di riferimento (Pronto Soccorso, ...)
- d) **Accompagnare** il pz con una **copia** della PCC

CONCLUSIONI

1. RIFIUTO INFORMAZIONE / ATTI SANITARI
2. CONCILIAZIONE DISABILITÀ – CONSENSO/RIFIUTO
3. FIDUCIARI
4. VALIDITÀ DELLE VOLONTÀ ANTICIPATE
5. DOVERE DI RISPETTO + ESENZIONE DA RESPONS.