

Progetto bioetica 2018/19

COMITATO IN CLASSE

Classe 4B LS

ISISS "Scarpa" - Motta di Livenza

1 - Anche se il paziente appare lucido e consapevole, l'assenza dei familiari e il turbamento emotivo possono suscitare dei dubbi sulla sua reale autonomia

Secondo la *Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita* (CEFV) del Consiglio d'Europa "La situazione di fine vita è [...] un momento di alta vulnerabilità nella vita di una persona, che può avere un profondo impatto sulla capacità del paziente di esercitare l'autonomia. La valutazione del grado di autonomia del paziente e dunque la sua capacità effettiva di partecipare alle decisioni è uno degli aspetti più importanti del processo decisionale alla fine della vita. Indagare sui desideri del paziente [...] è dunque una parte indispensabile del processo decisionale."

2 - Se il paziente risulta autonomo non può essere forzato in base a quella che ad altri sembra la scelta migliore

Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina – Art. 5: Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

CEFV: “Il paziente dovrebbe essere sempre al centro di ogni processo decisionale. Ciò è vero quale che sia la capacità giuridica del paziente o la sua abilità di fatto a prendere decisioni o parteciparvi. Di principio i pazienti sono coloro che devono decidere e fare scelte sulla fine delle loro vite. [...] Il processo di decisione assume una dimensione collegiale quando il paziente non vuole o non è in grado di parteciparvi direttamente.

3 - E' indispensabile cercare un confronto con il paziente per superare il suo isolamento e arrivare a una deliberazione collegiale: è una fase molto delicata, in cui sarebbe utile un supporto psicologico

CEFV: “Il [...] diretto coinvolgimento [del paziente] può variare [...], in base alla situazione personale, che può avere implicazioni a diversi gradi sullo stato di salute: nel qual caso il processo decisionale deve adeguarsi in modo conforme”. [...] Una deliberazione collegiale può essere avviata non solo “Quando il paziente non desidera, non può o non è più in grado di partecipare alla decisione”, ma anche quando **“esprime il bisogno di essere sostenuto nel processo”**

4 - Se il paziente insistesse nella sua richiesta di proseguire una terapia inutile e dannosa ai sanitari non resterebbe altra scelta che respingerla

L. 219, 22/12/17, art.2 c.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.”

Codice di Deontologia Medica, art. 13: “Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell’assistito al solo scopo di compiacerlo.”

CEFV: “L’autonomia non implica il diritto per il paziente di ricevere ogni trattamento che richiede, in particolare quando il trattamento è considerato inappropriato”.

5 - Una volta sospeso il trattamento il paziente avrà diritto a tutte le terapie palliative che risulteranno opportune

L. 38, 15/3/2010, art. 1 c. 2-3: “E' tutelato e garantito [...] l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, [...] al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze [...].

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) tutela della dignità e autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.