

Etica e trapianti d'organo

Aspetto legislativo

DECRETO MINISTERO SALUTE 11 Marzo 2008

DECRETO DM 11 aprile 2008:

Regolamento recante le modalità per l'accertamento e certificazione di morte, pubblicato sulla G.U. del 12 giugno 2008

8 Aprile 2000

'Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione degli organi a scopo di trapianto'.

- **LEGGE 16 Dicembre 1999, n. 482**

Norme per consentire il trapianto parziale di fegato

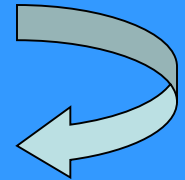
MINISTERO DELLA SANITA' - ORDINANZA DEL 1

Giugno 1999, n. 150

Disposizioni in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e tessuti

- **LEGGE 1 Aprile 1999, n. 91**
Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti
- **MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 22 Agosto 1994, n. 582**
Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte
- **MINISTERO DELLA SANITA' - ATTO DI INTESA 25 NOVEMBRE 1993 (G.U. del 12 -1-1994, SUPPL. ORDINARIO n. 8)**
Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1994 - 1996
- **LEGGE 29 Dicembre 1993, n. 578**
Norme per l'accertamento e la certificazione di morte
- **LEGGE 12 Agosto 1993, n. 301**

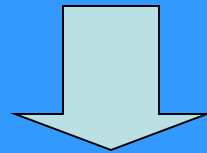
La chirurgia dei trapianti si definisce



come una **sicura ed insostituibile opportunità terapeutica** capace di risolvere positivamente oggettive situazioni di pericolo e di danno per la vita o per la validità individuale, non altrimenti e/o non altrettanto efficacemente trattabili

CNB Donazione di organo ai fini di trapianto, 1991

Sebbene la problematica dei trapianti è una delle poche sulle quali si rileva un accordo sostanziale tra la bioetica di ispirazione cattolica e quella laica



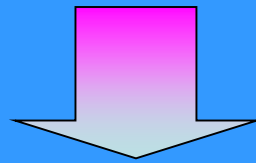
La disponibilità a diventare donatori nel nostro Paese è piuttosto bassa e il numero dei donatori non riesce a coprire il fabbisogno

Quali sono le ragioni della perplessità della popolazione?

- 1. Confusione relativamente al concetto di morte**
- 2. Parte dell'opinione pubblica percepisce la nuova definizione di morte cerebrale come frutto di risparmio di risorse sanitarie**
- 3. Timore del commercio di organi**
- 4. Garanzia di reale accertamento della morte cerebrale**
- 5. Pietà nei confronti del cadavere: è largamente diffusa l'idea che il rispetto per il cadavere coincida con la sua integrità.**

IL POTERE DI DISPOSIZIONE DEL CADAVERE E LA LICEITÀ DEI TRAPIANTI

La complessa vicenda della fine della vita umana solleva due importanti interrogativi, trattandosi di verificare se si possa discutere



- di un diritto a disporre del proprio cadavere (artt. 2, 13, e 19 della Costituzione)
- quale valore attribuire alla volontà del defunto e dei congiunti

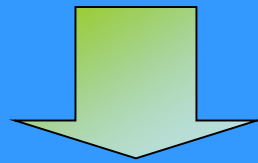
La dottrina ha sottolineato che la **liceità dei prelievi** va incontro a due limiti:

Limite oggettivo ⇒ il prelievo di organi ha la finalità di tutelare la salute di terze persone

Limite soggettivo ⇒ rappresentato dal consenso della persona e/o dei familiari

La dottrina ha individuato la liceità del trapianto nel consenso dell'avente diritto (art. 50c.p.)

La salvaguardia del valore-vita impegna l'operatore sanitario al rispetto della dignità della persona, quale soggetto-donatore e non come oggetto-corpo da manipolare.



Il corpo non è un contenitore inerte di organi, ma **mantiene un suo valore** che va rispettato

- Nei confronti del donatore (cadavere o vivente) vanno tutelati altri valori fondamentali come il consenso
- **perché esso sia lecito occorre che la persona vivente sia informata sul problema e abbia avuto modo di formulare una decisione cosciente**

LICEITA' AL PRELIEVO DI ORGANI

- **Possibilità di compiere un' utile funzione.**
- **Gli organi del cadavere destinati alla distruzione, non posseggono più il carattere di beni individuali.**
- **E' preminente l'interesse giuridico rappresentato dalla salute o dalla vita che può essere salvaguardata da un trapianto, rispetto all'interesse rappresentato dall'integrità del cadavere.**

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI (Legge 1 Aprile 1999-n°91)

Art. 1- Finalità.

*“La presente legge **disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte, ai sensi delle legge 29.12.93 n°578 e regola le attività di prelievo e di trapianto dei tessuti e di espanto e trapianto di organi**”.*

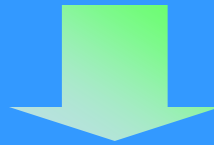
Art.6

“I prelievi di organi e di tessuti sono effettuati esclusivamente a scopo di trattamento terapeutico”.

Legge 29 Dicembre 1993, N°578
Norme per l'accertamento e la certificazione
della morte

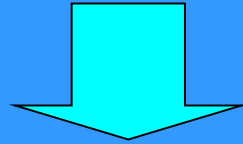
Definizione della morte

Art.1: “La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”.



Viene annullata la dicotomia sinora esistente tra “morte cerebrale” e “morte cardiaca”.

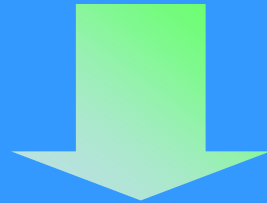
Il C.N.B. definisce la morte come



“perdita totale ed irreversibile della capacità dell’organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale”,

poiché il prelievo di organi deve avvenire quando ancora esiste un’attività cardiaca, occorre mettere in atto rapidamente gli accertamenti previsti dalla legge.

- La **questione morale principale** per i trapianti di organi provenienti da cadavere è la **certezza** che ci si trovi di fronte ad un cadavere



La certezza della morte è correlata alla corretta modalità di accertamento della morte

La morte può essere accertata con criteri anatomici, cardiologici o neurologici

Art. 2 Legge 578/1993

- La **morte per arresto cardiaco** si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da *comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (comma 1)*
- La **morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie** si intende avvenuta quando si verifica la *cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con modalità clinico strumentali definite con D.M. Sanità (2° comma)*

Chi è il potenziale donatore ?



Ogni soggetto in cui sia stata fatta diagnosi di morte in seguito a lesioni cerebrali **esclusi i soggetti per i quali esistano cause di inidoneità assoluta alla donazione**, legate al rischio di trasmettere gravi patologie al ricevente

Accertamento di morte nei pazienti con lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie

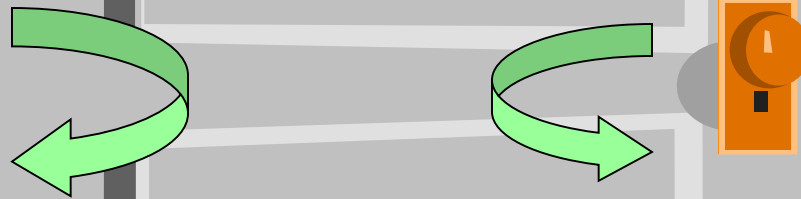
In presenza di queste condizioni :

- stato di incoscienza
- assenza dei riflessi del tronco e di respiro spontaneo
- silenzio elettrico cerebrale



il medico di reparto deve avvisare la direzione sanitaria

Accertamento della morte cerebrale

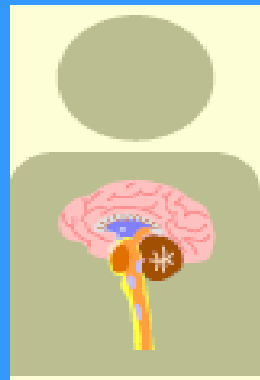


OBITORIO

SALA OPERATORIA

ACCERTAMENTO MORTE CEREBRALE

COLLEGIO MEDICO



ANESTESISTA NEUROLOGO MEDICO LEGALE



Art.3 del DM n° 582/94 "Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie".

La morte è accertata quando sia riscontrato la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- Stato di incoscienza.
- Assenza di riflesso corneale, fotomotore, oculo-encefalico, oculo-vestibolare, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino, riflesso carenale e respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino a raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40.
- Silenzio elettrico documentato da EEG.
- Assenza respiro spontaneo

Situazioni particolari

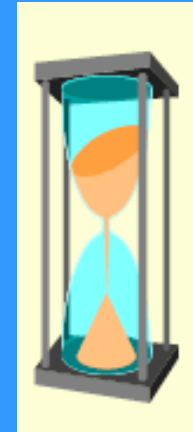
In caso di :

- bambini di età inferiore a 1 anno
- farmaci depressori del SNC
- ipotermia, alter. endocrino-metaboliche, diagnosi od accertamenti incerti

studio del flusso ematico cerebrale



COLLEGIO MEDICO

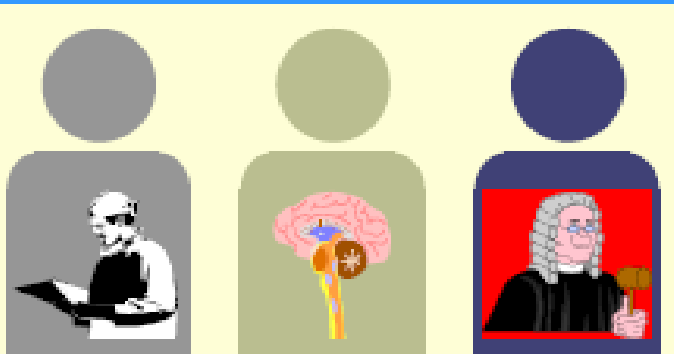


Periodo di Osservazione:

- 6 ore - adulti e bambini di età > 5 aa.
- 12 ore - bambini di età da 1 a 5 aa.
- 24 ore - bambini di età < 1 anno.

La simultaneità delle condizioni previste deve essere rilevata per almeno 3 volte, all'inizio, a metà e alla fine dell'osservazione

COLLEGIO MEDICO



NON si può procedere all'accertamento di morte:

- prima di 24h da un insulto anossico
- nel neonato con meno di una settimana di vita extrauterina
- nel nato prima della 38^a settimana gestazionale

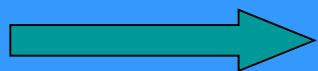
La riduzione del periodo di osservazione da 12 ore ad un minimo di 6 ore comporta problemi di ordine organizzativo:

- **Tempi brevi e talora insufficienti per avvisare l' Autorità Giudiziaria.**
- L'effettuazione degli accertamenti dei caratteri immunogenetici del probabile donatore.
- Difficoltà a contattare i familiari per esprimere l'eventuale consenso; la fretteolosità dell'incontro con parenti può causare spesso opposizione.

Si potrebbe realizzare una situazione imprevista:

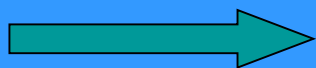
Alla scadenza del periodo di osservazione, accertata la morte, si dovrebbe cessare ogni trattamento di rianimazione, mentre le operazioni connesse al prelievo devono essere ultimate.

Comunicazione ai familiari



Far comprendere la realtà della morte

- Conoscenza approfondita del quadro clinico
- Linguaggio semplice e corretto
- Risposta alle domande più frequenti



Instaurare una relazione di aiuto

- Comunicazione non verbale
- Non accennare mai alla donazione di organi prima di aver comunicato la diagnosi di morte

Senza pregiudicare i beni del donatore, primo tra tutti quello della vita, la nozione di morte cerebrale consente dunque il prelievo di organi irrorati, come tali idonei all'uso terapeutico.

QUALI ORGANI - TESSUTI

SI POSSONO PRELEVARE



Legge 1 aprile 1999 n° 91

**Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti
di organi e di tessuti**

Art. 3 comma 3

**E' VIETATO IL PRELIEVO DELLE GONADI
E DELL'ENCEFALO**

- **Ancorchè utilizzabili in chiave terapeutica, le gonadi mantengono l'impronta genetica del donatore, potendo compromettere l'identità biologica di un eventuale figlio procreato dal soggetto che riceve l'organo.**

Da qui la ritenuta inconciliabilità con il principio della dignità della persona umana

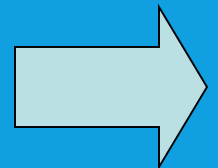
I CRITERI PER L'ESECUZIONE DEI TRAPIANTI

(Legge 1 Aprile 1999-n°91)

- **TRASPARENZA**
- **PARI OPPORTUNITA'**
- **LISTE DI ATTESA**

TRASPARENZA

- **Trasparenza strutturale:** esatta definizione delle rispettive competenze e dei rapporti fra strutture per i prelievi e per attività di trapianto
- **Trasparenza funzionale** mira a realizzare un'effettiva **informazione** in merito alle varie fasi del procedimento, dalla certezza dei criteri adottati per la determinazione di morte, alla garanzia che le operazioni di prelievo siano effettuate solo successivamente all'adempimento di quegli obblighi di legge, fino alla fase finale del trapianto.



CRITERIO DELLE PARI OPPORTUNITA'

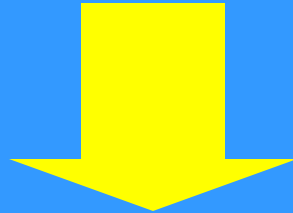
La pari opportunità come principio di uguaglianza, allude alla mancanza di privilegi e di ragioni di priorità e individua nella **necessità medica e nella compatibilità clinica** gli unici criteri di selezione.

CRITERIO DELLE LISTE DI ATTESA

- La tipizzazione sierologica e genomica degli organi al fine di ridurre le probabilità di rigetto, presuppone una lista di potenziali donatori che comprenda informazioni sulle caratteristiche degli organi.
- Nell'assegnazione degli organi l'esigenza di procedere al trapianto con i caratteri della necessità o dell'urgenza, rende necessaria l'esistenza di almeno altre due liste mediche, (art. 8, della L n. 91/1999 quella di attesa e quella delle urgenze)

Un buon funzionamento del sistema computerizzato facilita l'inserimento, l'aggiornamento costante, la consultazione e la cancellazione delle singole informazioni e anche la comunicazione immediata fra tutti i soggetti coinvolti nella procedura di trapianto (Centri Regionali, Interregionali e Centro Nazionale)

**Le condizioni di liceità del prelievo di organi
sono quindi essenzialmente due**



**1. Accertamento della morte secondo il disposto
della L. 29.12.1993, n. 578**

**2. La seconda condizione concerne il consenso reale o
presumibile del soggetto che subisce il prelievo.**

**AUTODETERMINAZIONE /
LIBERTA'
DONAZIONE RESPONSABILE**

**bilanciamento di interessi individuali
e doveri collettivi**

Cultura del dono

SOLIDARIETA'

Nuovissimo CDM
CAPO VI
Trapianti di organi, tessuti e cellule

ART. 40 Donazione di organi, tessuti e cellule

È compito del medico la promozione della cultura della donazione di organi, tessuti e cellule anche collaborando alla idonea informazione ai cittadini.

ART.2 legge 91/99 - PROMOZIONE DELL'INFORMAZIONE

1 .Il Ministero della Sanità d'intesa con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università ...in collaborazione con gli enti locali, le scuole, le ASL, i medici di medicina generale...promuove, nel rispetto di una **libera e consapevole scelta**, iniziative di formazione dirette a diffondere tra i cittadini:

a) la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 578/93 e del D.M. 582/94.

b) la conoscenza di **stili di vita utili a prevenire** l'insorgenza di patologie che possono richiedere come terapia anche il trapianto di organi.

2. Le regioni le AS.L. ...adottano iniziative volte a:

a) **Diffondere tra i medici** di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge.

b) diffondere tra i **cittadini** una corretta informazione sui trapianti di organi e di tessuti.

Art.4- DICHIARAZIONE DI VOLONTA' IN ORDINE ALLA DONAZIONE

- 1.“ Entro i termini nelle forme e nei modi stabiliti dalla legge ...i cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione.
2. I soggetti cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà...**SONO considerati non donatori.**
3. Per i minori di età la dichiarazione di volontà...è manifestata dai genitori esercenti la potestà...in caso di non accordo tra i due, non è possibile procedere alla manifestazione di disponibilità alla donazione.

La legge 91/99

Ha previsto la regolamentazione della dichiarazione di volontà in ordine al prelievo di organi e di tessuti

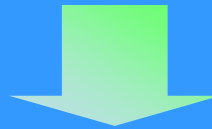
Le formule giuridiche usate per la raccolta del consenso sono fondamentalmente tre

- Manifestazione esplicita del consenso o del dissenso
- Formula del silenzio assenso
- Formula del consenso presunto

OGNI FORMULA HA ASPETTI POSITIVI E NEGATIVI A SECONDA SE RAPPORATI AL CRITERIO DELLA SCARSITÀ DEGLI ORGANI O AL CRITERIO DEL RISPETTO DELLA LIBERTÀ PERSONALE

Legge 1 aprile 1999 n° 91

LA FORMULA SCELTA DAL LEGISLATORE È QUELLA DEL SILENZIO ASSENSO INFORMATO



- Tutti i cittadini vengono invitati ad esprimere la propria volontà (favorevole o contraria) che viene registrata con modalità stabilite dal Ministro
- Il prelievo è consentito quando risulti che il soggetto è stato invitato a dichiararsi e non abbia manifestato volontà contraria

Legge 1 aprile 1999 n° 91
Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione



art. 4 comma 5:

... il prelievo è consentito: salvo che, entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ... sia presentata una dichiarazione autografa di volontà contraria al prelievo del soggetto di cui si sia accertata la morte

Art. 23 (Disposizioni transitorie)

- *... è consentito ... prelievo ... salvo che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso.*
- *... coniuge non separato figli ... genitori ... possono presentare opposizione scritta*
- *.... opposizione scritta ... non è consentita qualora dai documenti personali o dalle dichiarazioni depositate ... risulti che il soggetto abbia espresso volontà favorevole al prelievo*

Sulla base di quanto previsto dall'art.4 della L. 91/99 si prospettano tre diverse ipotesi:

- **Donatore:** il soggetto, adeguatamente informato ha espresso in vita dichiarazione di volontà favorevole al prelievo di organi e di tessuti
- **Non donatore:** il soggetto, adeguatamente informato ha espresso in vita dichiarazione di volontà sfavorevole al prelievo di organi e di tessuti
- **Donatore presunto:** colui che non ha espresso in vita la propria volontà. Valendo il criterio del silenzio assenso, sono ritenuti donatori, eccetto i casi in cui viene presentata entro il periodo di accertamento, dichiarazione di volontà contraria al prelievo

D.M. 8 aprile 2000 (L. n. 91 1 aprile 1999)



- **Notifica ASL silenzio assenso cittadini**
- **Dichiarazione volontà cittadini**
- **Punti di accettazione dichiarazione volontà**
- **Archivio nazionale dichiarazione volontà**
- **Variazione dichiarazione volontà**

- ... qualsiasi organo prelevato a scopo di trapianto deve avere una qualità accettabile **e** non deve esporre il ricevente a rischi inaccettabili

IDONEITA' DEL CADAVERE DONATORE

- **Anamnesi**
- **Esame obiettivo**
- **Screening clinico- strumentale**
- **Screening sierologico**
- **Screening microbiologico**
- **Eventuali esami istopatologici**

Nuovissimo CDM

ART. 41 Prelievo di organi e tessuti

Il prelievo di organi e tessuti da donatore cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalla legge.

*Il prelievo non può essere effettuato per fini di lucro e presuppone l'assoluto rispetto della normativa relativa all'accertamento della morte e alla **manifestazione di volontà del cittadino.***

Il trapianto di organi da vivente è una risorsa aggiuntiva e non sostitutiva del trapianto da cadavere, non può essere effettuato per fini di lucro e può essere eseguito solo in condizioni di garanzia per quanto attiene alla comprensione dei rischi e alla libera scelta del donatore e del ricevente.

MINISTERO DELLA SALUTE - DECRETO 2 AGOSTO 2002
Disposizioni in materia di criteri e modalità per la certificazione
dell'idoneità degli organi prelevati al trapianto

- **Art. 1 (Criteri di idoneità)**

individua talune condizioni che, allo stato attuale delle conoscenze, inducono a ritenere precluso l'impiego di un organo a fini di trapianto, evidenziandone, nello stesso tempo, altre la cui compatibilità con i trapianti va giudicata, a seconda del tipo di trapianto e delle caratteristiche del paziente ricevente.

Con apposite linee - guida, predisposte dal Centro nazionale per i trapianti ed approvate

con Accordo in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome su proposta del Ministero della salute,

**Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni
e le Province autonome di Trento e Bolzano Del. 26
novembre 2003**

**Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province
autonome di Trento e Bolzano sul documento recante:**

***“Linee-guida per l’accertamento della sicurezza del
donatore di organi”***

SCOPO DELLE LINEE-GUIDA

- A. Definire i livelli di rischio accettabili/non accettabili per l'utilizzo degli organi
- B. Stabilire le modalità operative del processo di valutazione del rischio

Definizione dei livelli di rischio:

- 1) Rischio inaccettabile
- 2) Rischio aumentato ma accettabile
- 3) Rischio calcolato
- 4) Rischio non valutabile
- 5) Rischio standard

1 **Rischio inaccettabile** (criteri di esclusione assoluti).

neoplasie maligne, infezioni sistemiche non refrattarie alla terapia, HIV+ HBsAG+

2. **Rischio aumentato ma accettabile.** Rientrano i casi in cui, sebbene il processo di valutazione evidenzi la presenza di agenti patogeni o patologie trasmissibili, l'utilizzo degli organi è giustificato dalla particolare condizione clinica del ricevente o dall'urgenza clinica del ricevente.

- **Rischio calcolato (criteri relativi a protocolli per trapianti elettivi).**

Rientrano i casi in cui la presenza di uno specifico agente patogeno o stato sierologico del donatore è compatibile con il trapianto in riceventi che presentino lo stesso agente o stato sierologico. Vengono compresi anche i donatori con meningite in trattamento antibiotico mirato da almeno 24 ore e quelli con batteriemia documentate in trattamento antibiotico mirato.

- **Rischio non valutabile.** Casi in cui il processo di valutazione non permette un'adeguata valutazione del rischio per mancanza di uno o più elementi di valutazione.
- **Rischio standard:** dal processo di valutazione non emergono fattori di rischio per malattie trasmissibili.

*CNB Dichiarazioni anticipate di trattamento,
2003*

**DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ ANTICIPATE
DIRETTIVE ANTICIPATE
LIVING WILL
TESTAMENTO BIOLOGICO
TESTAMENTO DI VITA**

LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Documento con il quale una persona, dotata di piena *capacità*, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di *traumi improvvisi*, non fosse più in grado di disporre il proprio *consenso* o il proprio *dissenso informato*.

CNB Dichiarazioni anticipate di trattamento, 2003

LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Riferimenti legislativi e documentali

- **Art. 32 della Costituzione**
- **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (titolo I, art. 3 Diritto all'integrità personale)**
- **L. 28 marzo 2001, n. 145: recepimento da parte del Parlamento Italiano della convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina**
- **Dichiarazioni anticipate di trattamento, CNB 2003**
- **Codice di deontologia medica (2006), art. 35**

Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina articolo 9:

«I desideri precedentemente espressi in relazione ad 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».

Oviedo, 4 aprile 1997. In Italia, la legge di autorizzazione alla ratifica è del 28 marzo 2001, n. 145.

Presupposto di fatto per l'applicazione delle direttive anticipate:

Perdita di coscienza del paziente

**Casi di incoscienza
“accidentale”**

In un soggetto che abbia manifestato in precedenza una **VOLONTÀ su determinati trattamenti sanitari al di fuori dell'immediata e prevedibile necessità.**

incoscienza prevista

In un soggetto che, **CORRETTAMENTE INFORMATO, abbia manifestato un rifiuto specifico di un trattamento indicato per una malattia già in atto**

CONTENUTO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE

- ❑ Intenzione di donare o meno gli organi; utilizzo del cadavere o parti di esso per scopi di ricerca o didattica;
- ❑ Cure palliative;
- ❑ Indicazione finalizzata a richiedere formalmente la non attivazione di qualsiasi forma di accanimento terapeutico;
- ❑ Indicazione finalizzata a richiedere il non inizio o la sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale;
- ❑ Indicazione finalizzata a richiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale.

SIGNIFICATO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE

Non possono essere considerate soltanto un'estensione del consenso informato ma hanno un compito, molto più delicato e complesso, di avvicinare medico e paziente in quelle situazioni estreme tra la solitudine di chi non può esprimersi e la solitudine di chi deve decidere. *È come se il dialogo tra paziente e medico continuasse anche quando il paziente non può più prendervi parte.*

PUNTI CONTROVERSI

- Affidabilità di scelte formulate in un momento diverso, talvolta anche molto distante, da quello in cui devono attuarsi *“ora per allora”*

Le dichiarazioni anticipate hanno carattere vincolante o semplicemente orientativo?

VINCOLATIVITA' DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE

Una persona che redige le proprie dichiarazioni anticipate esprime la volontà che *i suoi desideri siano onorati*.

Con questo, però, non si può imporre qualcosa a terzi: si apre uno spazio di autonomia per il medico che deve valutare **l'attualità in relazione alla situazione clinica o ai progressi nella terapia intervenuti successivamente**.

(Art. 9 punto 62)

AUTONOMIA DEGLI OPERATORI SANITARI

*...il CNB ritiene che le **dichiarazioni anticipate siano legittime**, abbiano cioè valore bioetico, solo quando rispettino i seguenti criteri generali:*

...non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche, che contraddicano il diritto positivo, le regole di pratica medica, la deontologia.

Comunque il medico non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e la sua coscienza;...

CNB Dichiarazioni anticipate di trattamento, 2003

LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Caratteristiche necessarie:

- ✓ redazione scritta;
- ✓ capacità dello scrivente;
- ✓ data.

Caratteristiche accessorie:

- ✓ eventuale data di scadenza;
- ✓ Eventuale controfirma di un medico.

Problematica delle Direttive Anticipate:

Distanza

TEMPORALE e PSICOLOGICA

tra

il momento della **manifestazione della**
VOLONTÀ

contenuta nei documenti ed

il momento della realizzazione delle condizioni
necessarie per

l'attuazione di tale volontà.

In diversi studi sono stati mostrati alcuni possibili limiti delle dichiarazioni anticipate:

**la loro vaghezza,
l'astrattezza della vita reale,
la carente qualità dell'informazione offerta**

Prendere in considerazione un *living will* non significa però eseguirlo automaticamente, poiché nessun agente morale può venire esonerato dalla propria responsabilità.

***Agire per il bene di un soggetto incapace* implica piuttosto considerare l'attuale validità ed il senso delle precedenti indicazioni del malato ed inoltre cercare il più ampio grado di consenso possibile fra tali indicazioni e la coerenza e integrità morale di chi assiste.**

Ciò significa elaborare caso per caso il giudizio di proporzionalità in merito a trattamenti che comportino il prolungamento di uno stato di disabilità, soggettivamente patita.

Ciò che è temuto è quella sorta di imperativo tecnologico per cui ci si dovrebbe sottoporre a terapie di sostegno vitale oggi disponibili per il solo fatto che esse vengono comunemente offerte in ambito clinico e si dimostrano efficaci a prolungare la vita, rinunciando però così a quelle condizioni più umane e a quelle forme meno medicalizzate del morire, che erano attingibili in generazioni precedenti, in cui tali terapie mancavano.

Nel documento viene riconosciuto, sul piano dottrinario, il valore del testamento biologico, concepito come diritto della persona, pienamente capace, ad esprimere i propri orientamenti sulle cure che vorrebbe ricevere o rifiutare, *anche quando si dovesse venire a trovare nell'impossibilità di esprimere la propria volontà.*

È stato scelto di usare il termine «dichiarazioni», al posto di «direttive», per attenuare la prescrittività insita nel significato della parola direttiva.

Il carattere non vincolante delle dichiarazioni anticipate si traduce nella pratica nel fatto che il medico potrà, da un lato, rifiutare di eseguire le volontà del paziente, ma, dall'altro, dovrà spiegarne formalmente le ragioni.

COD. DEONT. MED. 1998

Art. 34 Autonomia del Cittadino.

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà **in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.** Il medico ha l'obbligo di dare informazione al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando, il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi davanti a un maggiorenne infermo di mente.

COD. DEONT. 2006

Art. 38 Autonomia del cittadino e direttive anticipate.

(...) in caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. **Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifesto dallo stesso in modo certo e documentato.**

Insistere sulla necessaria
ATTUALITÀ ED IMMINEZZA
del consenso o del dissenso è un'arma a doppio taglio:
entrambi revocabili in ogni momento perchè la volontà
precedente possa essere disattesa ...

**Ma può lo
stato di incoscienza
creare una sorta di presunzione nel senso della
revoca?**

IL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA (18 dic. 2003)

Sull'astrattezza e genericità dovuta alla distanza
psicologica e temporale della dichiarazione
ha evidenziato
la possibilità di *revocarne il contenuto* fino all'ultimo
momento antecedente alla perdita di consapevolezza e
la garanzia di una
“redazione mediata e consapevole”

In assenza di un vissuto di malattia da parte del paziente che esprime la sua volontà in via anticipata

In considerazione del mutare delle condizioni dell'esistenza dello stesso e della società

Usare tali documenti come elementi utili ai fini della ricostruzione della volontà del malato, ma non

MECCANICAMENTE

applicabili a prescindere da un'attenta ponderazione dell'effettività della volontà in esse espressa.

Nell'ordinamento italiano la non disponibilità giuridica da parte del cittadino del bene integrità fisica, e dunque del bene vita, non è mai venuta meno; e poiché le norme giuridiche attengono a profili relazionali, ciò implica che nessuno legalmente può esigere l'altrui coinvolgimento, o comunque usufruirne, per fini di rinuncia alla tutela di quei beni.”

(L. Eusebi, “L'eutanasia come problema giuridico”, *Ragion pratica*, n. 19, Genova, 2002, p. 103).

**dare inizio al processo di superamento dello stato di minorità
dell'individuo, assegnandogli**

DIRITTO E LA RESPONSABILITÀ DI USARE IL PROPRIO INTELLETTO

**.... Così come in un contratto il committente,
quantunque sprovvisto di cognizioni tecniche,
propone, manifesta idee ed esprime desideri, allo
stesso modo**

**il paziente interagisce con il medico, diviene
protagonista delle scelte che lo concernono.**

**L'ATTO DI AUTONOMIA
CHE RIGUARDA LA PERSONA NON E' DI PER SE'
MERITEVOLE DI TUTELA,
MA DEVE SEMPRE TENDERE ALLA REALIZZAZIONE
DELLA PERSONA**

**“nella libertà ma anche nel rispetto del suo stesso
valore”.**

“TENER CONTO DEI DESIDERI ...”

... è funzionale alla verifica della attualità dei desideri e cioè alla possibilità di accertare, da parte del medico, che i desideri del suo paziente si applichino alla situazione in atto e restino validi in relazione all'evoluzione della malattia e delle tecnologie mediche

Il Testamento Biologico

- Non può assumere carattere vincolante per il medico col solo limite della verifica della sussistenza dell'attualità

Deve

SERVIRE A RESPONSABILIZZARE

il medico

sul quale incombe l'obbligo di valorizzare la **VOLONTÀ** del paziente nel contesto dei molteplici elementi caratterizzanti la situazione concreta e, nel caso decida di discostarsene, di darne **ADEGUATA e PLAUSIBILE** motivazione

La VOLONTÀ

del malato diviene così un elemento che concorre
alla formazione delle scelte del medico

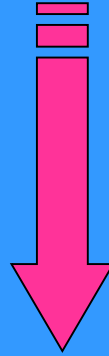
- Scelte che, sebbene condizionate, non sono tuttavia
 - **RIGIDAMENTE VINCOLATE**
 - alle Direttive Anticipate

- .. *Il cd. Accanimento terapeutico non costituisce un autentico atto terapeutico, ma un intervento sul corpo del malato del tutto sproporzionato tecnicamente e spesso anche umanamente*

sottrarsi alla terapia è possibile dal punto di vista pratico e giuridico

sottrarsi alle cure non è invece possibile, perché implicherebbe il sottrarsi alla relazionalità interpersonale

Assistenza infermieristica QUALITA'



Adeguatezza tecnica
Supporto psicologico

Accoglienza

ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE TRAPIANTATO



1. psicologo

1. medico

1. infermiere

ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE TRAPIANTATO

FASE 1

- COLLOQUIO CON IL PERSONALE DEL SERVIZIO DIALISI (stato di salute, lavoro, famiglia, carattere, comportamento).
- PREPARAZIONE NUOVA CARTELLA CON LETTURA DELLA PRECEDENTE.
- PREPARAZIONE DELL'ANAGRAFICA E DELLE MODULISTICHE.
- PRIMO CONTATTO TELEFONICO CON IL PAZIENTE ANCORA RICOVERATO IN PROSSIMITA' DELLA DIMISSIONE.
- INCONTRO CON LO PSICOLOGO CHE PRENDERA' IN CARICO IL PAZIENTE.

ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE TRAPIANTATO

FASE 2:L'ARRIVO DEL PAZIENTE

PRESENTAZIONE STAFF ED AMBIENTI

ESECUZIONE PRELEVA

LETTURA LETTERA ADMISSIONE

CONSEGNA CALENDARIO PRELEVA-VISITE ED OPUSCOLO-AGENDA

COLLOQUIO INFERMIERISTICO

VISTA MEDICA

COLLOQUIO PSICOLOGICO



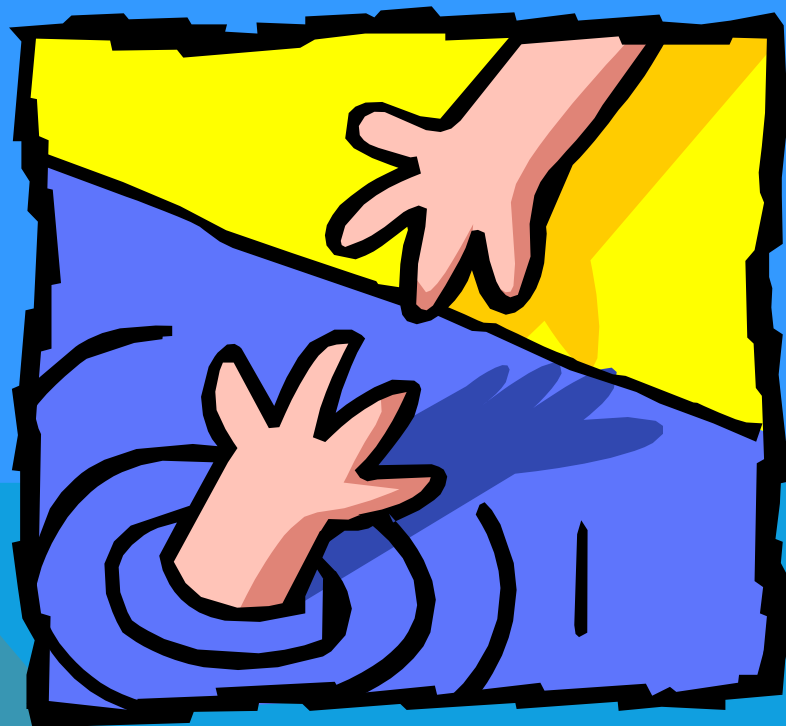
ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE TRAPIANTATO

OBIETTIVI DEL COLLOQUIO INFERMIERISTICO

- **ASCOLTO DEL PAZIENTE**
 - RIDUZIONE DELL'ANSIA
 - CONOSCENZA RECIPROCA
 - EVENTUALI ESIGENZE PERSONALI
- **RINFORZO E CORREZIONE NORME IGIENICHE, COMPORTAMENTALI E DIETETICHE**
- **NORME PER**
 - VISITA MEDICA
 - PRESCRIZIONE FARMACI
 - CONSEGNA FARMACI IMMUNODEPRESSIVI
- **AIUTARE IL PAZIENTE AD ATTRIBUIRE IMPORTANZA AI "SEGNI" PROVENIENTI DAL SUO CORPO AL FINE DI PREVENIRE ED INDIVIDUARE PRECOCEMENTE LE EVENTUALI COMPLICANZE**

**TANTO PIU' TEMPO VIENE
DEDICATO AL PAZIENTE AL SUO
ARRIVO, TANTO PIU'
SODDISFACENTE SARA'
L'ADERENZA DEL PAZIENTE ALLE
PRESCRIZIONI E LA SUA
RIABILITAZIONE**

GLI INFERMIERI



UN RUOLO

PAZIENTE

MEDICO

INFERMIERE

PROTOCOLLI
DIAGNOSTICI

PREPARAZIONE A
PROCEDURE INVASIVE

GESTIONE
PROBLEMI ACUTI

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

ABILITA'

AUTONOMA

UN NUOVO INFERMIERE



CONDUZIONE A TERMINE PROTOCOLLI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

- **PREPARAZIONE PER:**
 - ESAMI CONTRASTOGRAFICI
 - CORONAROGRAFIE
 - SCINTIGRAFIE MIOCARDICHE
 - ESAMI ENDOSCOPICI
 - ESAMI STRUMENTALI
- **PREPARAZIONE PER:**
 - INTERVENTI CHIRURGICI
 - RIMOZIONE STENT
 - RIMOZIONE CATETERI PERITONEALI
 - CHIUSURA FAV
- **EMOCOLTURE**
- **ALTRI ESAMI COLTURALI**
- **FOLLOW-UP SPECIFICI PER:**
 - PAZIENTI IN TAO
 - PAZIENTI DIABETICI
 - PAZIENTI IN GRAVIDANZA
- **FOLLOW-UP**
 - ONCOLOGICI
 - CARDIOLOGICI
 - RIENTRO IN DIALISI
- **PROTOCOLLI DI STUDIO MULTICENTRICI**
- **SALASSI TERAPEUTICI**
- **EMOTRASFUSIONI**
- **TERAPIA MARZIALE E.V.**
- **ANTIBIOTICOTERAPIA INFUSIONALE (PNA, POLMONITI, INFEZIONI URINARIE)**
- **TERAPIA ANTIVIRALE**
- **VACCINAZIONI**
- **TERAPIE INFUSIONALI ANTIRIGETTO**
- **MEDICAZIONI LESIONI CUTANEE**



GESTIONE PROBLEMI ACUTI

- UTILIZZO DI PROTOCOLLI (infezioni, peggioramenti funzionali, traumi.....)
- TEMPESTIVITA'
- PRE-LETTURA ESAMI



INDIVIDUAZIONE PRECOCE DELLE COMPLICANZE
SENZA DISPERSIONE DI TEMPO



GESTIONE CLINICA POST-TRAPIANTO

CARATTERISTICHE DELL'AMBULATORIO

- **STRUTTURA AMBULATORIALE DEDICATA**
- **INTEGRAZIONE CON IL DAY-HOSPITAL**
- **POSSIBILITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO**
- **ESECUZIONE TEMPESTIVA IN CASO DI NECESSITA' DI INDAGINI ULTRASONOGRAFICHE ALL'INTERNO DELL'AMBULATORIO**
- **UTILIZZO DELLA CAMERA OPERATORIA DELL'UNITA' OPERATIVA PER INTERVENTI SU ACCESSI VASCOLARI E RIMOZIONI CATETERI**

FARE

(SAPERE COME)

SAPERE PERCHE'

CONCLUSIONI

MEDICO

INFERMIERE

+

PSICOLOGO

.....

=



SQUADRA