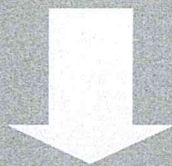


D.M. 8 aprile 2000 (L. n. 91 1 aprile 1999)



- **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

IDONEITÀ DEL CADAVERE DONATORE

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

Non sono sicuramente leciti interventi
con elevato indice di successo che
penetrano poco nella chirurgia
specimentale più che nella terapeutica.

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.

CNB Dichiarazioni anticipate di trattamento, 2003

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 IMMINENZA
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

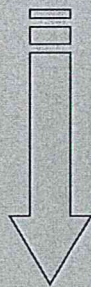
- Scelte che, sebbene condizionate, non sono tuttavia
 - RIGIDAMENTE VINCOLATE
 - alle Direttive Anticipate

- .. 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 2L'ARRIVO DEL PAZIENTE

PRESENTAZIONE STAFF ED AMBIENTI

ESECUZIONE PRE-EM

LETTURA LETTERA ADMISSIONE

CONSEGNA CARTA D'OPRE-EM - VISITE DOPO USCITA - AGENDA

COLLOQUIO NERVIERISTICO

VISITA MEDICA

COLLOQUIO PSICOLOGICO



ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE TRAPIANTATO

OBIETTIVI DEL COLLOQUIO INFERMIERISTICO

- **ASCOLTO DEL PAZIENTE**
 - **RIDUZIONE DELL'ANSIA**
 - **CONOSCENZA RECIPROCA**
 - **EVENTUALI ESIGENZE PERSONALI**

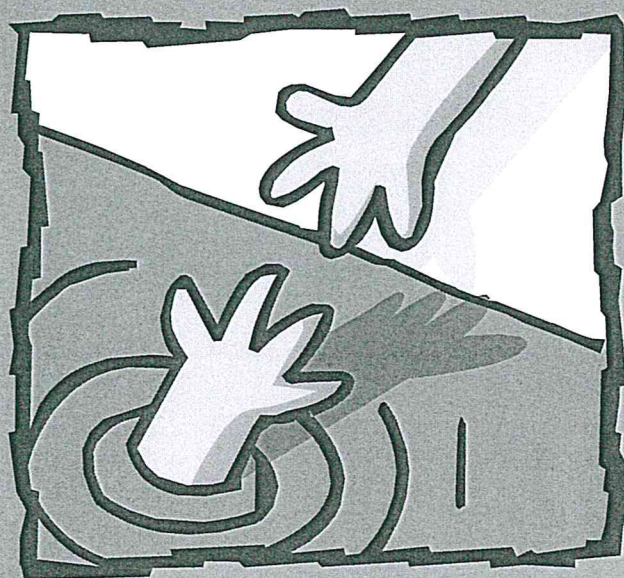
- **RINFORZO E CORREZIONE NORME IGIENICHE, COMPORTAMENTALI E DIETETICHE**

- **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

ABILITÀ

AUTONOMIA



UN NUOVO INFERMIERE

LEGGE 42 DEL 26.02.1999

ABROGA IL MANSIONARIO

CAMPO PROPRIO

AUTONOMIA

ATTI REGOLATORI

RESPONSABILITA'

PROFILO
PROFESSIONALE

GIURIDICA
ETICA
DEONTOLOGICA

CODICE DEONTOLOGICO

FORMAZIONE UNIVERSITARIA

AGGIORNAMENTO

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 CULTURALI**
- **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

=

