

PRIME LINEE DI INDIRIZZO DELL'ATS PER LA DISCIPLINA DEL CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO PER L'AUTODETERMINAZIONE DELLE PERSONE”

(In attuazione della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.” - Pubblicata in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.12 del 16-01-2018)- Entrata in vigore del provvedimento: 31/01/2018)

Premessa

Con il presente documento l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) della Regione Sardegna intende adottare linee di indirizzo per dare piena e corretta attuazione alla Legge n. 219 del 22 dicembre 2017.

L'ATS, in particolare, intende disciplinare, nell'ambito della propria organizzazione, le procedure per il rispetto dell'**autodeterminazione delle persone**, l'acquisizione del **consenso informato** ai trattamenti sanitari e agli accertamenti diagnostici, il consenso dei minori e delle persone incapaci di intendere e di volere e l'istituto delle **disposizioni anticipate di volontà” (DAT)**.

In questo senso il presente documento rappresenta anche uno strumento per la **pianificazione condivisa delle cure** che ogni struttura organizzativa aziendale è deputata a redigere.

1. Principi generali

L'ATS ispira la propria attività sanitaria e sociosanitaria ai principi generali della Costituzione Italiana (Artt. 2-13 e 32) e alla Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea (Artt. 1-2 e 3)

Nello specifico Art. 32, la Costituzione Italiana recita:

- *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

La Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea, recita:

- *“La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.”* (Art. 1)
- *“Ogni persona ha diritto alla vita.”* (Art. 2)
- *“Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.”* (Art. 3)

L'ATS, nell'organizzare i processi assistenziali per l'erogazione delle cure, valorizza la “relazione di cura e di fiducia” tra assistito e medico basandola sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale dell'assistito e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

La relazione di cura, che vede protagoniste le singole competenze dei professionisti che compongono l'equipe sanitaria, contempla, oltre la figura dell'assistito, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia dello stesso, qualora lo desideri.

Tutti i professionisti che operano, a qualsiasi titolo, in ambito ATS ispirano la propria attività sanitaria riconoscendo il diritto di ogni persona assistita di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle

possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

I professionisti operanti, a qualsiasi titolo in ambito di ATS riconoscono anche il diritto della persona assistita di poter rifiutare, in tutto o in parte, di ricevere le informazioni, ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece, se l'assistito lo vuole.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Ogni struttura sanitaria dell'ATS o privata accreditata o convenzionata, che opera per conto dell'ATS, garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge n. 219/2017, assicurando l'informazione necessaria agli assistiti e l'adeguata formazione del personale.

I dati personali relativi al consenso informato ed alle disposizioni anticipate di trattamento sono trattati per conto di ATS soltanto da operatori appositamente autorizzati e adottando misure adeguate di sicurezza che ne preservino la riservatezza, nel rispetto delle vigenti misure in materia di protezione dei dati personali

Le presenti Linee di indirizzo sono rivolte, dunque a tutto il personale sanitario e di assistenza che opera per conto dell'ATS, personale dipendente, convenzionato, accreditato e che, a qualsiasi titolo, opera nel settore dell'assistenza in ambito di ATS, a tempo indeterminato e a tempo determinato.

2. Autodeterminazione delle persone e Consenso informato (L. 219, Art. 1 e Art.2)

Condividendo in pieno l'affermazione contenuta nella citata Legge n.219/2017 sul *"il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona"* e il principio che *"nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata"*. (Art. 1, comma 4), l'ATS intende basare il consenso libero e informato sulla relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico coerentemente con il principio, peraltro già contenuto nell'articolo 32 delle Costituzioni, che *"ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario"* (L.219, Art 1, comma 5)

In coerenza con la Legge n.219/2017, l'ATS intende dunque tutelare, anche il diritto al rifiuto delle terapie, da parte dell'assistito considerando come *"trattamenti sanitari"* anche la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici" (L.219, Art 1, comma 5).

I sanitari dell'ATS, o per conto di essa operanti, sono, quindi, tenuti a considerare ambito di propria competenza professionale, la volontà espressa dell'assistito di rifiutare il trattamento sanitario in quanto, in conseguenza di ciò, il professionista è esente da responsabilità civile e penale.

Il rifiuto dell'assistito potrà riguardare anche singoli atti del trattamento di cura previsto e dovrà essere acquisito e modificato con le stesse modalità del consenso in qualsiasi momento.

L'assistito, per sua parte, non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste l'ATS non riconosce al medico obblighi professionali specifici (Art 1, comma 6)

I professionisti dell'ATS acquisiscono il consenso informato e la sua eventuale revoca nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni dell'assistito, attraverso documentazione sottoscritta e firmata o attraverso videoregistrazioni e dispositivi che gli consentano di comunicare, quando trattasi di persona con disabilità specifiche.

Il consenso informato e la sua revoca, in qualunque forma espressi, sono inseriti nella documentazione clinica dell'assistito (cartella clinica, fascicolo sanitario personale, etc.), anche in formato elettronico quando attivata (Cartella clinica elettronica, Fascicolo Sanitario Elettronico).

L'ATS assicura che i dati personali siano trattati previo rilascio di apposita informativa e che i dati di salute possano essere trattati per finalità di cura soltanto dopo che l'Interessato ha prestato l'apposito consenso.

L'ATS garantisce alle persone, con la propria organizzazione assistenziale la necessità di un'appropriate terapia del dolore in ogni condizione di sofferenza e, in maniera specifica, nelle situazioni in cui l'assistito abbia rifiutato le terapie indicate dai sanitari esplicitando il diritto al rifiuto dell'accanimento terapeutico, in coerenza con il dettato della Legge n.219/2017: "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". (Art 2, comma 2)

L'ATS istituisce unità operative e/o percorsi assistenziali specifici per la presa in carico delle persone che hanno manifestato espressa rinuncia a trattamenti sanitari (terapeutici, riabilitativi, protesici, di supporto alle funzioni vitali, etc.) al fine di rendere operativo il percorso assistenziale dell'autodeterminazione contenuta nelle presenti linee di indirizzo e nella Legge219/2017.

Qualora l'assistito esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, i sanitari dell'ATS che hanno in carico l'assistito avranno cura di prospettare al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuovono ogni azione di sostegno all'assistito medesimo, anche avvalendosi delle unità operative che saranno istituite

In quest'ottica l'interruzione di trattamenti necessari alla sopravvivenza, compresi l'utilizzo di tecnologia per il sostegno delle funzioni vitali quali respiratore meccanico, stimolatori cardiaci, PEG, alimentazione parenterale o altro, sono da considerare atti medici e processi assistenziali di competenza dei sanitari che hanno in carico l'assistito e devono essere gestiti con professionalità specifiche, percorsi assistenziali specifici e nel rispetto del diritto alla cura senza dolore e sofferenza.

Al riguardo i sanitari dell'ATS, in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari e in caso di rifiuto consapevole al trattamento necessari per la sopravvivenza ricorrono anche alla "sedazione palliativa profonda continua" onde permettere all'assistito il diritto alla vita e alla cura senza dolore.

In tutti questi casi le unità operative che hanno in carico l'assistito nei rispettivi percorsi assistenziali hanno cura di individuare l'unità operativa, l'equipe o il percorso specifico competente cui affidare l'assistito per questa ulteriore fase della cura e assistenza.

Nelle situazioni di emergenza o d'urgenza i sanitari componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, sempre nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

3. Consenso informato dei minori e persone incapaci di intendere e volere (Art. 3)

Il personale sanitario dell'ATS, che ha in carico una persona minore di età o incapace di intendere opera per valorizzare comunque le capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1 della Legge 219/2017 poiché anche i minori e le persone incapaci di intendere e di volere hanno diritto di ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle proprie capacità per essere messe nelle condizioni di esprimere la propria volontà.

Nel caso dei minori le strutture sanitarie dell'ATS acquisiscono il consenso informato e il suo eventuale rifiuto dai genitori deputati a esprimerlo, tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

Nel caso di persone incapaci di intendere e volere saranno i tutori e amministratori di sostegno, ad esprimere il consenso in relazione alla diversità delle situazioni e del grado di incapacità.

Il consenso informato della persona con disabilità,, comunque capace di intendere e di volere è espresso dalla medesima persona.

Nel caso di persona con disabilità per la quale sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, (per es. persone con la tracheostomia e in ventilazione meccanica) il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno, a seconda del mandato dato dal giudice tutelare, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere e di esprimersi obiettivamente.

Per tale scopo, i responsabili dei servizi sanitari dell'ATS direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza condizioni tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'art. 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.

4. Disposizioni anticipate di volontà” (DAT) (Art 4).

La legge prevede che ogni persona di maggiore età e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Nel rispetto della Legge 219/2017 le strutture sanitarie dell'ATS verificano che le “disposizioni” siano redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza” (‘annotazione in apposito registro, ove istituito”) o, in certi casi, presso le strutture sanitarie che saranno all'uopo identificate. Il “disponente” può indicare un “fiduciario” che ne faccia le veci e lo rappresenti nei rapporti con i sanitari.

Il personale sanitario delle strutture dell'ATS e di quelle operanti per conto dell'ATS in regime di convenzione o di contratto, è tenuto sempre al rispetto delle DAT che tuttavia possono essere disattese, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), di cui all'articolo 4 della Legge 219/2017, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e i sanitari che hanno in carico di cura l'assistito ritengano invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

I sanitari operanti nell'ATS, nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme sopra previste, devono permettere all'assistito di poterle revocare con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

L'ATS, in fase di adozione di modalità telematiche di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario regionale si impegna a regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

L'ATS provvede a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla Legge 219/2017, anche attraverso il proprio sito internet indicando anche le unità operative dell'ATS deputate alla loro raccolta. .

L'ATS assicura il trattamento dei dati relativo alle dichiarazioni anticipate di trattamento, ed in particolare la raccolta, (anche nel caso in cui queste siano acquisite dal comune di residenza) , gestione e conservazione, avvenga adottando specifiche modalità, anche automatizzate, che rispettino i diritti e la volontà degli Interessati e ne tutelino la riservatezza

5. Pianificazione condivisa delle cure. (Art 5)

I sanitari dell'ATS, adottano presso ciascuna struttura sanitaria il documento di **pianificazione condivisa delle cure (DPCC)** funzionale alla propria organizzazione, in linea con quanto contenuto nelle presenti linee di indirizzo e nel rispetto della Legge 219/2017e in particolare in coerenza con il rispetto delle DAT che ciascun assistito ha depositato.

Il DPCC deve infatti sempre tener conto ed espressamente citare le DAT qualora esse siano presentate nelle modalità previste dalla legge. A tal fine i servizi di assistenza dell'ATS provvedono ad acquisire, da parte dell'assistito, la comunicazione delle DAT, qualora esse sono state predisposte, soprattutto quando queste sono determinanti per definire in maniera puntuale la pianificazione condivisa delle cure.

Il DPCC specifica le modalità con le quali è garantita la condivisione della pianificazione delle cure tenendo conto della relazione di fiducia tra l'assistito e il medico qualora il primo venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

Il DPCC contiene le modalità con le quali è resa esecutiva la pianificazione condivisa delle cure, gli impegni cui si attengono i professionisti dell'equipe sanitaria che ha in carico l'assistito in termini di comunicazione e informazione realistica sulla prognosi e l'evoluzione della patologia in atto e su quanto l'assistito può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita e sulla possibilità di intervenire con cure palliative e le modalità con le quali quest'ultimo può esprimere il proprio consenso direttamente o tramite i familiari, la parte di unione civile, convivente o persona di sua fiducia e/o tutore o amministratore di sostegno.

Il DPCC deve contenere le modalità con le quali, nei casi in cui le DAT indicano la volontà dell'assistito di non essere sottoposto a interventi di sostegno vitale, lo stesso viene accompagnato nel percorso di cura successivo alla diagnosi e alla evoluzione progressiva della malattia attraverso un processo assistenziale e di cura che garantisca il massimo diritto alla vita senza dolore, il rispetto della dignità umana inviolabile e il rispetto della propria integrità fisica e psichica, compresa la possibilità di ricorrere alla "sedazione palliativa profonda continua" se considerata essenziale per permettere all'assistito il diritto alla vita e alla cura senza dolore.

Il documento conterrà inoltre le modalità e i tempi di aggiornamento della pianificazione condivisa delle cure in relazione ai casi specifici.

6. Procedure per interruzione di trattamenti di sostegno alle funzioni vitali

Con il presente documento l'ATS intende regolamentare, nello specifico, le procedure per l'interruzione dei trattamenti di sostegno alle funzioni vitali in relazione alla complessità delle situazioni clinico assistenziali, della novità rappresentata dalle richieste finora pervenute di interruzione di tali trattamenti.

Per dare omogeneità di applicazione delle presenti Linee di Indirizzo Aziendali in tutte le Strutture e livelli organizzati dell'ATS si ritiene di poter individuare alcuni percorsi funzionali alle esigenze delle persone richiedenti e delle singole organizzazioni sanitarie locali.

In tali situazioni, le diverse unità operative, nel rispetto delle singole peculiarità organizzative avvieranno i seguenti processi fondamentali: l'acquisizione della richiesta-volontà, valutazione della piena e consapevole volontà, la comunicazione agli organismi competenti quando trattasi di persone sotto tutela giuridica, l'individuazione della struttura-équipe per la presa in carico, l'individuazione del setting assistenziale, la comunicazione dell'informativa e della procedura, l'acquisizione del consenso informato, la comunicazione della procedura specifica da adottare per l'interruzione dei trattamenti, l'esecuzione della procedura.

Tale procedura dovrà essere espletata in tempi congrui tra l'espressione della volontà della persona e l'attuazione della stessa procedura e comunque dovrà tener conto della condivisione tra la persona interessata (e/o il suo rappresentante legale) e i sanitari, dei tempi di avvio e conclusione della stessa.

a. Acquisizione della richiesta/volontà

La richiesta/volontà di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale deve essere espressa in maniera formale, nel rispetto della Legge N 219/201 e delle presenti Linee di Indirizzo ATS direttamente dalla persona interessata o dal tutore/amministratore di sostegno, se nominato. La richiesta deve essere indirizzata al Responsabile della struttura/equipe che ha in carico l'assistito al momento della richiesta.

Valutazione della "piena e consapevole" volontà

b. Valutazione della "piena e consapevole" volontà

La struttura-équipe che ha in carico l'assistito, al momento della richiesta, provvederà ad effettuare una valutazione sulla "piena e consapevole" volontà di voler procedere alla interruzione dei trattamenti vitali, attraverso lo specialista competente e strumenti di valutazione validati riguardanti le condizioni psichiche e cognitive.

c. Comunicazione agli organismi competenti

La richiesta volontaria di interruzione dei trattamenti vitali dovrà essere inviata agli organismi competenti: giudice tutelare, al fine di darne giusta informativa ed acquisire eventuali considerazioni conseguenti o disposizioni alternative

d.. Individuazione della struttura/Equipe per la presa in carico

La struttura-équipe che ha in carico l'assistito è deputata a coordinare le azioni per individuare la struttura/equipe competente e più idonea alla presa in carico del percorso/processo assistenziale per l'interruzione dei trattamenti vitali

e. Individuazione del setting assistenziale

La struttura-équipe che prende in carico l'assistito nel percorso/processo assistenziale per l'interruzione del trattamento vitale, individua, in accordo con l'assistito e i familiari, il setting assistenziale (residenziale o domiciliare) più idoneo per l'esecuzione della procedura di interruzione del trattamento vitale

f. Comunicazione dell'informativa per il consenso informato e della procedura

La struttura-équipe che prende in carico l'assistito nel percorso/processo assistenziale per l'interruzione del trattamento vitale, comunica l'informativa all'assistito/tutore/amministratore di sostegno nella quale viene esplicitata in maniera chiara e comprensibile la procedura che sarà adottata per l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale (es. *Allegato A*)

g. Acquisizione del consenso informato

La struttura-équipe che prende in carico l'assistito nel percorso/processo assistenziale per l'interruzione del trattamento vitale, acquisisce da parte dell'assistito/tutore/amministratore di sostegno il consenso informato previa informativa per l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale (es. *Allegato B*)

h. Esecuzione della procedura.

La struttura-équipe che prende in carico l'assistito nel percorso/processo assistenziale per l'interruzione del trattamento vitale, esegue la procedura nel setting assistenziale stabilito acquisendo le dovute autorizzazioni sull'uso dei farmaci OSP a domicilio se il setting individuato è un domicilio o struttura extra-ospedaliera.

La procedura che la struttura/equipe adotta deve essere validata dal Direttore Sanitario dell'ATS e deve rappresentare tutte le fasi e modalità di esecuzione della stessa, i professionisti e soggetti coinvolti nella procedura, gli strumenti utilizzati, i presidi e farmaci necessari per garantire l'assistenza senza dolore e ogni altra modalità utile a rendere la procedura un processo assistenziale concordato e di qualità per l'assistito e la famiglia.

7. Formazione, monitoraggio e valutazione

Le presenti Linee di indirizzo, rappresentano al volontà dell'ATS di indicare percorsi ottimali e omogenei per una prima applicazione della L.219/2017.

L'attuazione delle stesse richiede interventi ulteriori da parte dell'ATS finalizzati ad approfondire attraverso percorsi formativi dedicati e decisionali ulteriori rispetto ad alcuni temi specifici quali: i contenuti specifici dell'informativa da consegnare alle persone/pazienti, come affrontare eventuali ostinazioni irragionevoli alla cura sia da parte dei professionisti che da parte delle persone/pazienti e/o familiari, le eventuali possibilità di condivisioni tra professionisti e pazienti delle DAT successive alla loro emissione, come definire e condividere modalità pratiche per declinare l'incontro tra l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

INFORMATIVA PER I CONSENSO INFORMATO

Legge N.219 del 22 dicembre 2017

ai sensi di: art. 32 della Costituzione e del Codice Deontologico Medico
della, Legge n. 145 del 28 marzo 2001

Gentile Signor/a

con la presente informativa desideriamo comunicarle che, su richiesta della S.V. informato il Giudice Tutelare, si procederà all'interruzione del trattamento di sostegno vitale artificiale.

La sua patologia ha richiesto, a suo tempo che la S.V., con il consenso acquisito, fosse sottoposta a trattamenti sanitari che comprendono supporto alla funzione vitale della respirazione tramite applicazione di respiratore artificiale, (citare altra funzione vitale e relativo supporto) il cui successivo distacco, porterà necessariamente ad interrompere tale funzione vitale.

La procedura, finalizzata all'interruzione del trattamento di sostegno vitale artificiale, sarà eseguita presso (indicare se domicilio o altro setting assistenziale) su sua richiesta e della sua famiglia nel giorno

Questa U.O. ritiene il setting assistenziale, con la S.V. individuato e concordato, idoneo ad effettuare l'intervento assistenziale in quanto saranno garantite le professionalità necessarie e competenti, i presidi e i farmaci necessari.

La procedura che sarà adottata, con le tecniche, strumenti e materiali da impiegare, sarà la seguente.

Fase prima: Presa in carico della S.V. da parte di questa Unità Operativa.

È già stata formalizzata con il suo consenso la presa in carico da parte di questa U.O. All'uopo sono stati già programmati (o saranno programmati) diversi accessi a domicilio da parte dell'équipe al fine di dare continuità all'assistenza

Si intende soprattutto approfondire le conoscenze cliniche e umane, creando un rapporto fiduciario medico paziente. In questi accessi saranno affrontati con la S.V. i punti cardine della procedura che sarà adottata, dando un'informazione chiara e comprensibile al fine di avere una ulteriore conferma della sua autodeterminazione.

Fase seconda: Assunzione formale del consenso informato.

Con la presente la S.V. riceve l'informativa secondo i termini di legge, sulle modalità secondo le quali sarà eseguita la procedura, le azioni, i soggetti esecutori, i mezzi e gli strumenti che saranno utilizzati.

Tutto ciò al fine di necessarie a rendere il suo consenso, "informato", "personale", "libero", "attuale", "concreto", "revocabile".

L'informativa sarà presentata in diversi momenti durante alcuni accessi domiciliari nei giorni precedenti e sarà ribadita nel momento precedente all'esecuzione dell'intervento sanitario al fine di acquisire consenso formale suo con il sostegno e accompagnamento del suo amministratore di sostegno ad attuare l'intervento sanitario.

Fase terza: Preparazione accesso venoso, somministrazione farmaci sedativi e monitoraggio condizioni cliniche (fase necessaria per la terapia del dolore e sedazione profonda)

Ottenuto il suo consenso, si procederà ad incannulamento di un vaso venoso con ago cannula adeguata alla infusione di farmaci e di soluzione fisiologica.

Verrà somministrata, al fine di prevenire ansia e dolori per un adeguato e dignitoso accudimento accompagnatorio della S.V., la seguente terapia farmacologica in sequenza: una benzodiazepina a rapido effetto ansiolitico; un sedativo in infusione continua con rapido effetto ma anche a rapida eliminazione, ed infine un oppiaceo ad azione analgesica.

La scelta di utilizzare questi farmaci nel dosaggio terapeutico proposto è suggerita dalla miglior pratica della scienza medica adottata al solo fine di indurre una sedazione profonda in un paziente da sottoporre a procedura strumentale, non chirurgica, in grado di riprendere conoscenza al termine dell'infusione degli stessi.

La monitoraggio dei parametri vitali (saturazione di ossigeno periferica tramite pulsiossimetria, tracciato elettrocardiografico, pressione arteriosa non invasiva) inizierà subito dopo la sedazione.

Fase quarta: Distacco del respiratore artificiale.

(fase specifica per il distacco del respiratore)

Raggiunto il piano di sedazione e accertata l'assenza di risposta allo stimolo verbale, si procederà ad una riduzione significativa della frequenza degli atti respiratori impostati nel respiratore artificiale sino alla manifestazione di alterazioni significative dei parametri vitali rilevati al monitor (marcata ipotensione arteriosa, riduzione della saturazione di ossigeno periferica ed alterazioni del tracciato ECG).

L'interruzione dell'infusione del sedativo ed il distacco del respiratore artificiale dalla cannula tracheostomica avverranno quando la compromissione dei parametri vitali sarà irreversibile.

È nostra cura informarla che il sostegno vitale ottenuto a suo tempo con l'applicazione di _____ (*indicare il supporto alle funzioni vitale che deve essere interrotto*) si interromperà necessariamente a seguito del distacco.

La procedura sarà eseguita dal sottoscritto, e da _____ (*indicare altri membri dell'équipe*)

Durante l'esecuzione della procedura potrà essere presente il suo amministratore di sostegno se lo riterrà opportuno e sarà presente anche _____ (*indicare altri presenti concordati*) a garanzia sua e nostra del rispetto della presente procedura.

Il suo consenso potrà sempre essere ritirato in qualsiasi momento.

Il Dirigente Medico Specialista

Altro personale

N.B.

Tale informativa può essere adattata alle singole circostanze e ai diversi interventi di interruzione del sostegno vitale

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA PER SÉ
O QUALE TUTORE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

Il sottoscritto/a nato/a ail....., amministratore di sostegno del/la
Sig./a, nato(a a il....., nominato/a con decreto del giudice tutelare n.....
del.....

Ricevuta debita informativa sulla procedura che sarà adottata per l'interruzione del trattamento di sostegno
vitale artificiale

ACCONSENTE

all'intervento sanitario di interruzione del trattamento di sostegno artificiale tramite il distacco del respiratore
artificiale in esecuzione alle volontà dell'assistito e tenuto conto del provvedimento del Giudice Tutelare

Data.....

L'amministratore di sostegno

Il Medico dell'U.O.
