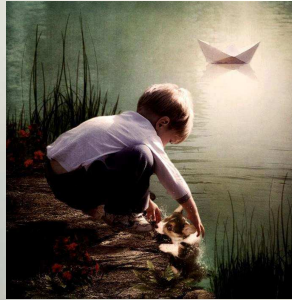


Un diritto gentile

Per un diritto gentile in medicina



<http://undirittogentile.wordpress.com>

1. Diritti fondamentali

2. Consensualità

3. Rifiuto e interruzione di cure

4. Urgenza medica

5. Disposizioni anticipate di trattamento

1. Diritti fondamentali

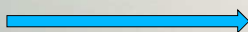
Diritti espressamente previsti considerati nel testo

intangibilità del corpo	art. 1
salute	art. 2
dignità	} art. 3, 4 e collegati
integrità fisica e psichica	
identità	
autodeterminazione	
diritto all'integrità professionale	art. 3, 2° comma

art. 1
"L' intangibilità del corpo
è diritto fondamentale di ogni essere umano."

(basi costituzionali : art. 2,13, 32)

"Qualsiasi condotta
che implichi intromissione nella sfera corporea altrui
è lecita solo se **consentita** dall'interessato
o da chi può decidere per lui,
salvi i casi previsti dalla legge."



oltre l'ambito medico
espressa affermazione normativa dell'**habeas corpus**

diritto alla salute

art.2

Ciascuno ha diritto a perseguire la propria salute
quale benessere fisico, psichico e relazionale
secondo la propria personale esperienza e concezione di vita,
e a ricevere a tal fine le prestazioni sanitarie adeguate
e la piena collaborazione dei professionisti sanitari.

si introduce nel linguaggio normativo
l'idea del «bene della persona»
come fine della relazione di cura

Art. 3

La relazione di cura
è diretta esclusivamente al bene del paziente, che si individua
attraverso la collaborazione con il professionista sanitario
secondo le rispettive competenze,
e la cui ultima determinazione è prerogativa del paziente.

il diritto all'integrità professionale

sostiene

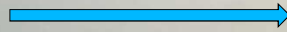
il

diritto di sottrarsi a soluzioni
contrarie alle proprie convinzioni (art.12 e collegati)
ma è più ampio, perché incluso
nella tutela costituzionale
della personalità

La "salute della medicina"
è **critério guida** della professione
ma **non è critério normativo** per la persona,

l'equilibrio tra i valori scientifici e quelli personali
è affidato alla **integrazione delle due competenze:**
scientifica (medico) e "esistenziale" (paziente)

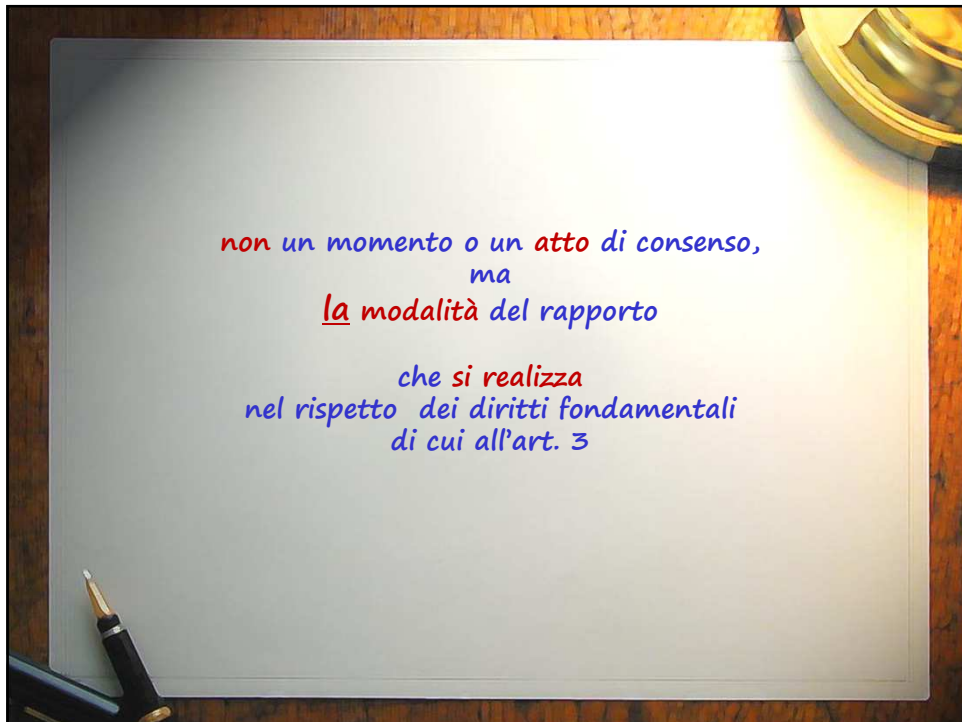
se resta una distanza di soluzioni
la **determinazione ultima** spetta al paziente
e va rispettata e assecondata
salva **l'integrità professionale**



rifiuto di cure - DAT - obiezione di coscienza

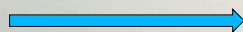
ovviamente
nella generalità dei casi
la curva della «**individualizzazione**» della scelta
sale
da valori vicini allo zero
a valori vicini-eguali a 100

seguendo la importanza/ difficoltà della decisione



Il consenso
non si concentra in un atto

è un
processo
che connota la terapia
e include
informazione, proposta, dialogo, riflessione, adesione
(artt.4, 5)



previsione espressa
della programmazione condivisa di cure
(artt.15,16,17)

riduzione del peso dell'atto
rispetto alla preparazione

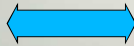


previsti modi non solo «formali»
di documentazione del consenso:

oltre alla cartella clinica, «altri mezzi proposti o accettati dal
paziente ed idonei a dare adeguata certezza delle scelte
compiute, come ad esempio verbali di incontri o registrazioni
audio e video» (artt. 5 e 16)

valorizzazione della **concreta capacità di determinarsi**
della persona **in rapporto all'importanza delle decisioni**

rispetto di **preferenze e convinzioni già espresse**
o comunque **ricostruibili con certezza.**



(cfr. **consenso dei minori e dei maggiorenni con lucidità compromessa, programmazione condivisa di cure, DAT**)

strumenti di «gestione» della consensualità

figura del fiduciario

indicato dal paziente perché lo **affianchi** o lo **sostituisca** nella
acquisizione delle **informazioni** e nella manifestazione del
consenso o del rifiuto o della rinuncia alle cure, anche per il
caso di futura incapacità a determinarsi (artt. 6, 17)

valorizzazione dell'amministratore di sostegno
In particolare nella attuazione delle DAT (art.21)

ruolo dei familiari e persone vicine al malato
come «**garanti e testimoni**» della storia e dell'identità del
paziente, di volontà manifestate, di convinzioni e preferenze
(artt. 9, 14)

*La cornice di rispetto
dei diritti fondamentali della persona*

(dignità, integrità, identità et al.)

integra tutta la disciplina della relazione

in particolare (ma non solo)

*nei casi di assente o insufficiente capacità di autodeterminarsi
(artt. 7-10)*

nelle situazioni di urgenza (art.14)

*nelle decisioni di fine vita in assenza di DAT
(art.21,3° co.)*

3. Rifiuto e interruzione di cure

art.11 -13
previsione e disciplina del

*diritto al rifiuto di cure
in qualsiasi fase della terapia*

*come espressione del
diritto all'autodeterminazione*



non sindacabile

*dal medico o da chiunque assista il malato
anche nel caso di cure necessarie alla sopravvivenza*

Condizioni (art.11, 1° e 2° co.)

*-capacità di determinarsi della persona
In rapporto alla gravità della decisione*

-adeguata informazione e riflessione

*(cfr. art. 12 : il medico ha comunque il compito
di cercare il consenso del paziente
all'avvio o alla prosecuzione di cure appropriate)*

Conseguenze del rifiuto o della richiesta di interruzione:

*la cura rifiutata
nelle condizioni indicate non è lecita*



*Il medico
(e per la sua competenza ogni professionista sanitario)
ha il dovere di astenersi o di interrompere
(salva obiezione di coscienza)*

e perciò (art. 12)

*non è punibile
in quanto la sua condotta non costituisce reato (art. 51 c.p.)
né
altrimenti soggetto a responsabilità o sanzioni*

Art. 11, 3° co.

*La persona che rifiuta una cura
ha diritto ad essere altrimenti curato
e comunque a non subire un «abbandono terapeutico»*

4° co.

*Il medico che ritenga la richiesta contrastante con le
proprie convinzioni può sottrarsi a quanto richiesto
spetta alle strutture prevedere e garantire la necessaria
procedura di sostituzione*

4. Urgenza medica

Criterio di metodo:

*ridurre l'incertezza
delle regole
e il rischio connesso
non abbattendo lo spazio di decisione
e le necessarie articolazioni del processo
ma delimitando esplicitamente lo spazio
legittimo di decisione
e i passi ineludibili del processo.*

Linee generali dell'art. 14

l'urgenza medica

consente di praticare senza previo consenso
le **cure necessarie**
a fronteggiare e superare l'urgenza

esige una valutazione di **proporzionalità**.

non consente comunque
di intervenire **contro la volontà della persona**
(rifiuto attuale consapevole, programmazione condivisa, DAT)

Urgenza e consenso (art. 14, tutti i commi)

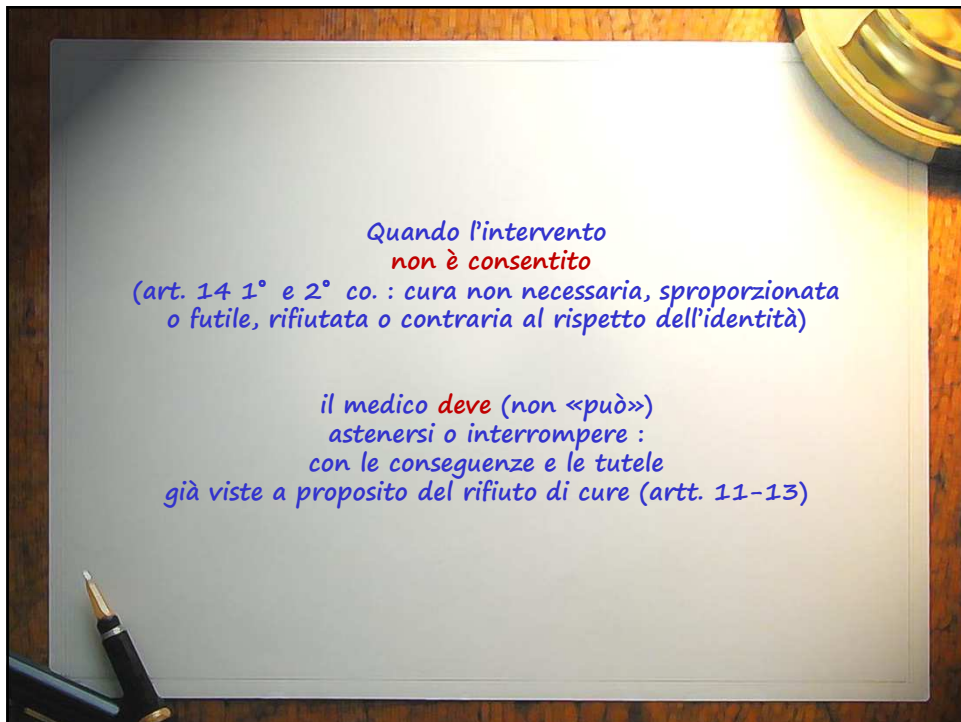
Il criterio del **consenso**:

rimane primario

quando le circostanze permettono una prassi
consensuale **anche** attraverso i sostituti/protettori
della persona non in grado di determinarsi
(cfr. art 9).

riprende pieno vigore una volta superata l'urgenza
(cfr. rifiuto e interruzione di cure)

si integra comunque con il **rispetto dell'identità**
manifestata o testimoniata
(cfr.art 21 3° co.)



Obiettivi e criteri generali

1. valorizzare le **prassi** domestiche / sanitarie
 2. assicurare una **certezza sostanziale** 
non burocratizzare l'atto
non burocratizzare il «vincolo» al rispetto delle volontà
 3. **integrare** lo strumento DAT con quanto previsto per la persona non in grado di determinarsi (fiduciario- amm. di sostegno)
 4. **integrare** lo strumento DAT con criteri di rispetto dell'identità della persona
- 

art. 18 e 19 (contenuto delle DAT)

si prevedono diverse possibilità

- a) **determinazioni specifiche**
sui trattamenti accettati o rifiutati,
includere nutrizione e idratazione
artificiali.
- b) **indicazioni di criteri per la determinazione dei trattamenti accettati o rifiutati**
(in rapporto ai rischi o alle condizioni di vita che si vogliono evitati)
- c) **dichiarazioni "di identità"**: convinzioni, credenze, inclinazioni circa la relazione con la malattia e la fine della vita, secondo la propria concezione di sé e dell'esistenza, perché ad esse si adeguino il trattamento e l'assistenza.

art.23
Modalità (forme)

forme **notarili** (ammesse, ma non necessarie)

forme « **semidomestiche** »

scritto/lettera consegnata al medico responsabile o depositata presso strutture abilitate direttamente dal disponente o dal fiduciario/rappresentante

forme "domestiche" o di prassi sanitaria:

-scritto **olografo**

-dichiarazioni **orali** o manifestazioni di volontà realizzate attraverso **altre procedure adeguate ai mezzi espressivi del disponente**, raccolte dal medico responsabile o **documentate** attraverso **video** da cui risulti la data della registrazione

Il problema del rispetto delle DAT

e' di nuovo una questione di :

rispetto dell'**autodeterminazione** per il disponente

tutela dell'**integrità professionale** per il medico

Alla persona va garantito
il pieno **sostanziale** rispetto delle disposizioni ...
che ha senso e criteri diversi...

...in **relazione al loro contenuto...**
(diversa la indicazione specifica e quella «tipologica»,
la dichiarazione di rifiuto di terapie
o la manifestazione di credenze)

....in **relazione alla situazione**
in cui si devono applicare
(**attualizzazione e concretizzazione**)



non si è usato il linguaggio del “vincolo” perché
veicola l'idea di una esecuzione passiva e burocratica
delle DAT

non si è usata l'espressione italiana “tenere conto”
perché veicola l'idea che non ci sia un dovere di
rispetto ma una discrezionalità del medico
rispetto a un “desiderio” espresso dal paziente”

N.B. circolano cattive traduzioni di “take into
consideration” e di “wishes”

Art. 21

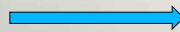
Il professionista sanitario e chiunque assista il malato è tenuto al pieno rispetto delle disposizioni anticipate, riferibili alla situazione in atto, secondo i principi che valgono per le manifestazioni di volontà o di desiderio, o per le convinzioni e inclinazioni espresse o comunque manifestate in attualità.

.....

....“come se” gli fossero dettate da un paziente cosciente ?
sì quanto a principio (intensità del dovere)
no quanto a attuazione (spazio di adempimento del dovere)

Il dovere di rispetto delle DAT
significa

che il medico e chiunque assista il malato
deve adoperarsi secondo professionalità
per intendere e attuare
le disposizioni del paziente incapace
in rapporto alla situazione che ha di fronte



esercita necessariamente
una “ mediazione”
maggiore rispetto a un paziente cosciente

questo compito è condiviso
con il fiduciario o amministratore di sostegno
ai quali spetta il ruolo specifico
di tutelare il disponente
quanto alla corrispondenza delle decisioni
alla sua volontà e alle sue convinzioni

in caso di dissenso
tra medico e fiduciario/amministratore,
si ricorre al parere di consulenti
nominati dalla struttura.

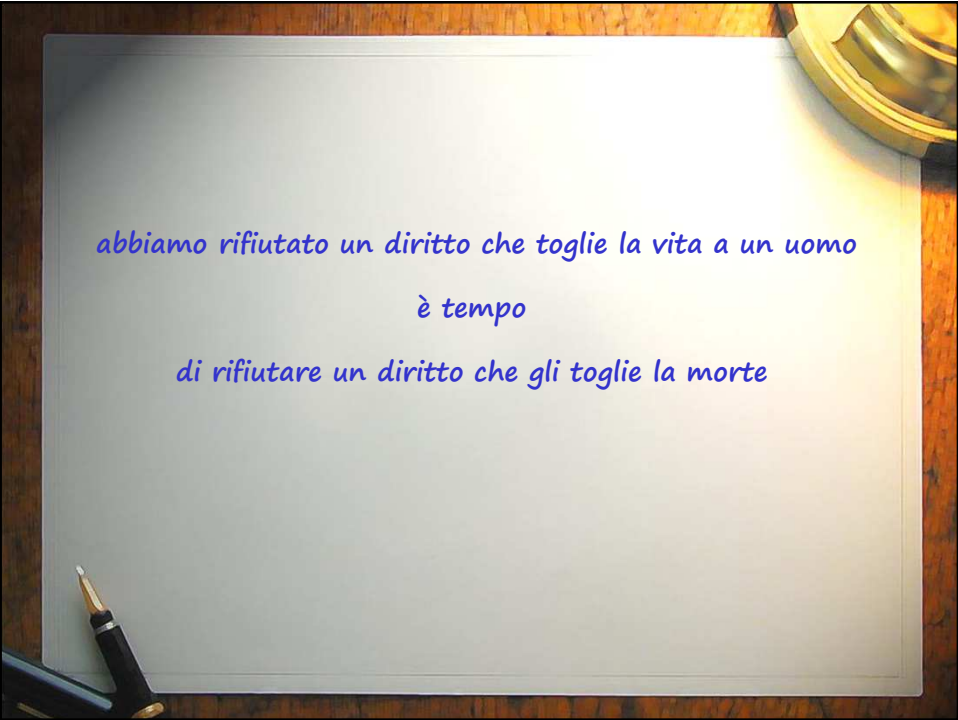
se il dissenso permane, decide il giudice tutelare.

al medico è garantito il diritto di sottrarsi
se la soluzione contrasta con la sua coscienza
(cfr. rifiuto di cure)

In mancanza di DAT
vale comunque un principio di rispetto
delle volontà, preferenze e convinzioni della persona
ricostruite con ragionevole certezza, e dei connotati
conosciuti della sua identità morale

(art. 21, 2° co.)

L'astensione o l'interruzione delle cure
in ossequio alle DAT
o comunque al rispetto della persona
seguono le regole previste per i casi di rifiuto di cure



*abbiamo rifiutato un diritto che toglie la vita a un uomo
è tempo
di rifiutare un diritto che gli toglie la morte*