

# Rivedere gli obiettivi terapeutici nei pazienti terminali e gestire le direttive anticipate di trattamento

## Raccomandazioni per le collaboratrici e i collaboratori della sanità e del sociale in Alto Adige



Provincia autonoma di Bolzano  
Comitato etico provinciale

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Associazione delle Residenze per Anziani dell' Alto Adige

Giugno 2013

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL  
Ressort für Familie, Gesundheit und Sozialwesen



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE  
Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb  Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige  
Azienda Sanitaria de Sudtirol

  
Verband der Seniorenwohnheime Südtirols  
Associazione delle Residenze per Anziani dell'Alto Adige

## Indice

1.	Prefazione.....	3
2.	I presupposti etici degli interventi medici.....	3
3.	L'inutilità degli interventi medici .....	4
4.	Come decidere al posto del paziente.....	5
4.1	Il paziente è in grado di esprimere il proprio consenso?.....	5
4.2	Chi deve decidere al posto del paziente? .....	6
4.3	Quali criteri considerare quando si decide al posto del paziente? .....	6
4.4	Il ruolo dei familiari quando occorre decidere al posto del paziente .....	9
5.	I conflitti fra la volontà e il bene del paziente.....	9
6.	L'alimentazione e l'idratazione artificiale .....	10
7.	La condivisione della scelta nell'équipe e la consulenza etica clinica .....	11
8.	La documentazione .....	12
9.	Bibliografia	13

### Impressum:

Provincia autonoma di Bolzano 2013  
Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali

### **Gruppo di lavoro „Direttive anticipate di trattamento” nel Comitato etico provinciale**

Herbert Heidegger (Presidente Comitato etico provinciale)  
Georg Marckmann (LMU Monaco, Vicepresidente Comitato etico provinciale)  
Massimo Bernardo (Coordinatore del progetto provinciale Cure Palliative)  
Carlo Casonato (Facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento)  
Maria Vittoria Habicher (Segreteria Comitato etico provinciale)  
Brigitte Inntzer von Lutterotti (medico di medicina generale)  
Thomas Lanthaler (Coordinatore sanitario, C.S. Brunico)  
Andreas von Lutterotti (Presidente dell'Ordine dei Medici)  
Oswald Mair (Direttore Associazione residenze per anziani)  
Oswald Mayr (Direttore sanitario dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige)  
Inge Müller (medico di medicina generale)  
Robert Peer (Direttore infermieristico dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige)  
Irmgard Spiess (infermiera, Azienda sanitaria dell'Alto Adige )  
Günther Rederlechner (Direttore Servizio Hospice Caritas)  
Von Wohlgemuth Marta (Coordinatrice Servizio Hospice Caritas)

Stampa: Tipografia provinciale

## **1. Prefazione**

I progressi della medicina hanno ampliato notevolmente le possibilità di curare le malattie e prolungare la vita, e ciò costituisce una grande opportunità per molti malati in condizioni gravi o gravissime. Ma se gli interventi terapeutici prolungano solamente il processo di morte, e quindi anche la sofferenza che esso comporta, molti pazienti preferiscono non ricorrere più a tutte le opzioni di trattamento finalizzate a prolungare la vita. Le raccomandazioni seguenti, redatte dal Comitato etico della Provincia autonoma di Bolzano, vogliono fornire al personale sanitario uno strumento per decidere come comportarsi quando l'obiettivo terapeutico di prolungare la vita del paziente va rivisto, optando invece per un trattamento che allevii le sofferenze, ma rinunciando ad interventi finalizzati a prolungare la vita.<sup>1</sup> E poiché non è infrequente che un malato grave o in fase terminale non sia più in grado di decidere autonomamente, le presenti raccomandazioni indicano come in questi casi sia opportuno decidere per il paziente, e in particolare come considerare in modo appropriato le direttive anticipate di trattamento già sottoscritte dal paziente.

## **2. I presupposti etici degli interventi medici**

La questione sull'opportunità di limitare o interrompere gli interventi terapeutici atti a prolungare la vita è legata strettamente a un quesito più generale, ossia in quali condizioni sia legittimo, eticamente ma anche giuridicamente, eseguire interventi diagnostici o terapeutici su un paziente. Prima ancora che dell'interruzione di un intervento medico, infatti, deve essere giustificata la scelta di eseguirlo in partenza, e tale giustificazione dipende da tre condizioni necessarie: (1) l'intervento deve avere un'indicazione medica, ossia deve dare al paziente, nel complesso, più benefici che danni; (2) il paziente, una volta informato del trattamento, deve aver dato il proprio consenso (secondo il principio del *consenso informato*); (3) l'intervento va eseguito secondo il cosiddetto "stato dell'arte", ossia in base alle conoscenze e alle metodologie mediche più aggiornate.

---

<sup>1</sup> Il presente documento riprende le raccomandazioni per la limitazione degli interventi di prolungamento della vita elaborate col coordinamento del prof. Georg Marckmann per il Policlinico universitario di Tubinga, pubblicate in una versione leggermente modificata (Marckmann et al. 2010).

**I presupposti etici di un intervento medico:**

1. *Utilità per il paziente („indicazione medica“)*
2. *Consenso esplicito del paziente previa informazione („consenso informato“)*
3. *Esecuzione secondo lo „stato dell’arte“*

L’ordinamento giuridico italiano riconosce il „consenso informato“ come principio collegato con la tutela e promozione della dignità umana, e come ha confermato recentemente una sentenza della Corte costituzionale, il consenso informato

“**si configura quale vero e proprio diritto della persona** e trova fondamento nei principi espressi nell’art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge” (Corte costituzionale italiana, sentenza n. 438 del 23 dicembre 2008).<sup>2</sup>

Pertanto, un intervento medico *non* va eseguito se anche una sola delle prime due condizioni *non* è garantita, ossia nei casi in cui l’intervento in questione non produce alcuna utilità del paziente (o comunque se nel complesso produce più danni che benefici), o quando il paziente nega il proprio consenso all’esecuzione dell’intervento. Nell’attuazione pratica di tale principio, i problemi più frequenti si pongono o quando occorre ammettere l’inutilità dell’intervento (Il paziente può ancora trarre benefici da un ulteriore prolungamento della vita? ⇒ capitolo 3), o quando il paziente non è in grado di esprimere il proprio consenso (Come si può decidere al posto del paziente? ⇒ capitolo 4).

***Un atto medico va omissso o interrotto se non può più dare beneficio al paziente o se viene eseguito contro la sua volontà..***

### **3. L’inutilità degli interventi medici**

Prima di tutto, occorre distinguere fra l’efficacia e l’utilità di un intervento o atto medico. In generale, un intervento si considera *efficace* se produce l’effetto desiderato nel paziente. Ma perché quest’effetto abbia anche un’*utilità* per il paziente, deve anche consentire di ottenere un obiettivo terapeutico auspicabile per il paziente (“Per che cosa è utile l’intervento?”). Per esempio, la

---

<sup>2</sup> Il principio della volontarietà dei trattamenti medici è sancito anche da una serie di altre fonti giuridiche: da accordi internazionali (come la Convenzione di Oviedo, benché non ancora ratificata dall’Italia), al diritto europeo (Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, in vigore dal dicembre 2009), dalla legislazione nazionale (Leggi 833 e 180 del 1978) al codice deontologico medico (versione aggiornata al 2006), fino al riconoscimento nella giurisprudenza della Corte di Cassazione (a livello civilistico, ma anche, in forma più attenuata, a livello penalistico).

ventilazione assistita è fisiologicamente *efficace* se mantiene sufficientemente ossigenato il sangue del paziente, ma può essere *inutile* se quel paziente ha subito una perdita irreversibile della coscienza. Ecco perché, quando ci si chiede se e come limitare gli interventi terapeutici, il criterio decisivo non deve essere l'efficacia, ma solo l'utilità dell'intervento. Un medico, infatti, non è tenuto a ottenere un effetto fisiologico nel corpo di un paziente.

Viceversa, però, per essere utile un intervento deve essere anche efficace. Pertanto, il medico deve prima di tutto verificare se l'obiettivo terapeutico è ottenibile con l'intervento medico che intende eseguire. Se un intervento appare inefficace in partenza, rinunciare a eseguirlo non è solo giustificato, ma una scelta obbligata. Se poi un obiettivo terapeutico tecnicamente ottenibile sia anche auspicabile, lo deve invece decidere, se possibile, il paziente stesso, in base ai propri valori e alle proprie preferenze individuali. Le modalità con cui rispettare le preferenze di un paziente quando questi non è più in grado di esprimersi autonomamente, sono descritte al successivo capitolo 4.

Se è possibile valutare in partenza l'utilità di un intervento, è opportuno iniziare ad eseguirlo, e dopo un periodo d'osservazione prestabilito verificarne nuovamente l'utilità.

## **4. Come decidere al posto del paziente**

### **4.1 Il paziente è in grado di esprimere il proprio consenso?**

La capacità del paziente di dare il proprio consenso va accertata dal medico curante. In generale, si ritiene che un paziente sia in grado di dare il proprio consenso quando ha ancora una capacità di giudizio sufficiente per capire la natura e le conseguenze della propria patologia, come pure i vantaggi e gli svantaggi di eventuali terapie, ed è in grado di prendere una decisione in base ai propri valori personali. La capacità di esprimere il consenso, o anche la capacità di intendere e di volere, vanno però distinte dalla capacità negoziale o giuridica: anche un paziente non più in possesso di capacità giuridica, infatti, può essere sicuramente in grado di esprimere o negare il proprio consenso, e lo può fare anche un paziente minorenni se è in condizione di valutare la rilevanza e l'importanza dell'intervento medico che gli viene proposto. Maggiore è la rilevanza della decisione da assumere, tanto maggiore deve essere la capacità di giudizio. Se un paziente non è in grado di esprimere il proprio consenso, si pongono due questioni fondamentali: (1) Chi deve decidere al suo posto? (⇒ capitolo 4.2) e (2) in base a quali criteri va adottata tale decisione? (⇒ capitolo 4.3)

## **4.2 Chi deve decidere al posto del paziente?**

Tutore e curatore, quando nominati, possono adottare decisioni al posto del paziente incapace. Anche l'amministratore di sostegno, laddove siano indicati nel decreto di nomina profili legati alle decisioni in ambito sanitario, può manifestare le volontà dell'incapace. Nel caso non siano nominati né tutore, né curatore né amministratore di sostegno, l'avvio della procedura per la nomina di un'amministrazione di sostegno è una misura adatta per dare una rappresentanza alla persona incapace. In generale, e in particolare queste figure quando nominate, devono esprimere le volontà del malato; la giurisprudenza, in questo senso, dice che il rappresentante „**deve decidere non “al posto” dell'incapace né “per” l'incapace, ma “con” l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente ... tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche**“ (Cassazione civile, sez. I, sent. 16.10.2007, n. 21748)

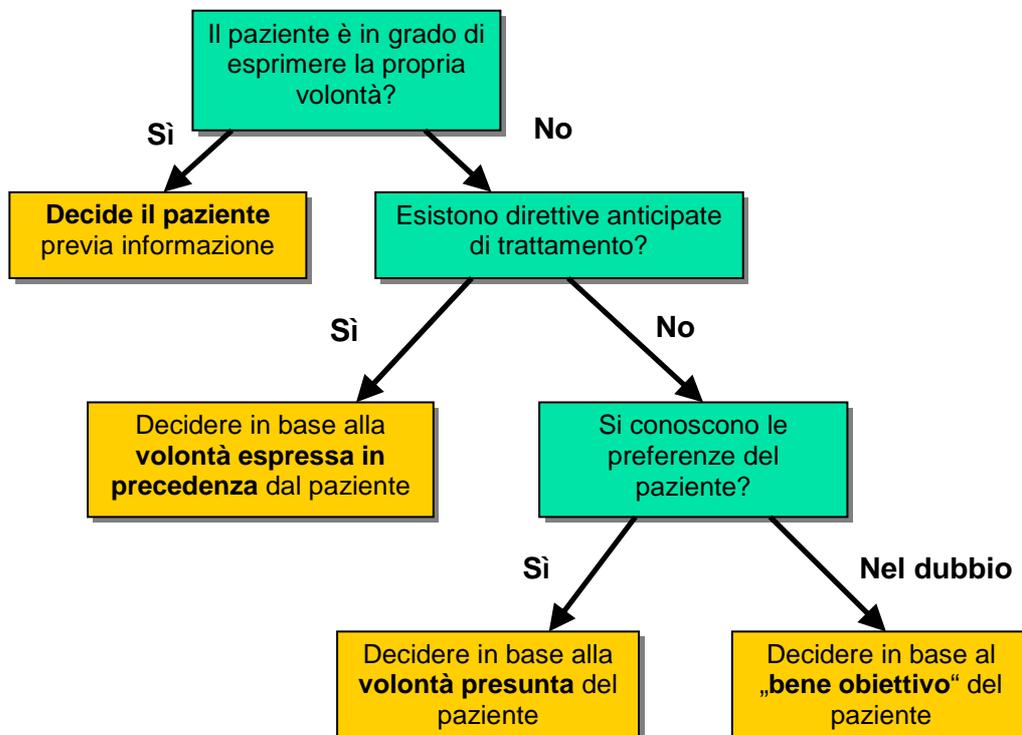
## **4.3 Quali criteri considerare quando si decide al posto del paziente?**

Il diritto di libera scelta è un diritto fondamentale di ogni persona sancito dalla costituzione. In questo diritto rientra anche la facoltà di decidere sull'esecuzione di interventi medici, il che significa che nessun intervento diagnostico o terapeutico può essere intrapreso contro la volontà di un paziente. Anche quando un paziente non è più in grado di decidere da solo, non perde il diritto di libera scelta, sicché le decisioni sul suo trattamento devono orientarsi, anche in questo caso, sulle sue preferenze e sui suoi desideri individuali.

A tale proposito, il codice deontologico dei medici stabilisce che: „*Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.*“ (art. 38 del Codice di deontologia medica). Sullo stesso argomento, il Codice deontologico infermieristico sancisce che „*L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato*“.

Quando si decide al posto del paziente occorre procedere per tre fasi (v. la figura 1): (1) Prima di tutto, va rispettata la volontà espressa dal paziente per iscritto nelle proprie direttive anticipate di trattamento, se tali volontà sono riferite alla situazione di vita e di trattamento in cui si trova il paziente. Sono indicazioni utili anche le preferenze *esprese in precedenza oralmente* dal paziente. (2) Se il paziente non ha redatto direttive anticipate di trattamento, né ha espresso oralmente delle preferenze, la decisione va assunta in base alla *volontà presunta del paziente*. (3) Qualora non ci

siano indicazioni utili per ricostruire la volontà presunta, per esempio consultando i familiari (⇒ capitolo 4.4), la decisione sul trattamento può solo ispirarsi a valori generali, vale a dire al “bene obiettivo” del paziente.



**Figura 1:** Come procedere se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà (Marckmann et al. 2010)

***La volontà del paziente espressa in precedenza (direttive anticipate di trattamento)***

Tramite le direttive anticipate di trattamento, una persona in grado di decidere può stabilire in anticipo per iscritto – per l’eventualità di non essere più in grado di esprimere la propria volontà - se e in quale misura vuole essere sottoposto a trattamenti in determinate condizioni patologiche. La volontà espressa da una persona nelle direttive anticipate di trattamento sono vincolanti per il medico se si riferiscono alla situazione in cui il paziente versa in quel momento, e se non ci sono indizi concreti che il paziente ha cambiato idea. Tale principio è stato confermato dal Comitato nazionale italiano di bioetica già nel 2003:

„Se il medico, secondo scienza e coscienza, matura la convinzione fondata che la volontà espressa dal malato è non solo legittima, ma anche riferita alla situazione in cui versa in quel momento, rispettarla non è solo un impegno assunto nell’alleanza stretta fra il medico e il paziente, ma anche un chiaro dovere sancito dal codice deontologico. Sarebbe strano che per rispettare i desideri del malato si agisse contro la sua volontà anche se non è mutata la situazione in cui versa.”

Le direttive anticipate di trattamento non devono essere redatte in una forma specifica, quindi possono consistere in un modulo compilato, o essere formulate liberamente. Alcuni consigli su

come redigere le direttive anticipate di trattamento, con alcuni testi tipo e un modulo compilabile, sono contenuti nell'opuscolo "Pianificazione preventiva dei trattamenti sanitari. Direttive anticipate di trattamento" edito dal Comitato etico provinciale (<http://www.provincia.bz.it/sanita/service/pubblicazioni.asp>). Aggiornare periodicamente le proprie direttive anticipate di trattamento è utile, ma irrilevante per il loro valore vincolante. È consigliabile quando si redigono le direttive anticipate di trattamento farsi consigliare da un medico di propria fiducia (nella migliore delle ipotesi dal proprio medico di medicina generale), per comprendere meglio i contenuti e la portata delle proprie disposizioni, e questa consulenza dovrebbe essere documentata sulle direttive anticipate di trattamento aggiungendo la firma del medico. Un paziente in grado d'esprimere la propria volontà, può revocare in qualsiasi momento anche oralmente le direttive rilasciate in precedenza, ma è consigliabile farlo per iscritto (⇒ capitolo 6).

Se non ci sono direttive anticipate di trattamento, o se queste non si riferiscono alle condizioni mediche in cui versa al momento il paziente, vanno consultati i familiari o altre persone a lui vicine per capire se, in passato, il paziente si era espresso verbalmente sulla situazione medica contingente. In questo caso, la decisione va assunta in base alla volontà già espressa verbalmente dal paziente.

### ***La volontà presunta del paziente***

Se non risulta che il paziente si sia mai espresso in merito alle sue condizioni mediche contingenti, la decisione va assunta in base alla sua volontà *presunta*, tenendo conto dei suoi valori individuali e della sua visione della vita, e cercando di capire come deciderebbe egli stesso, in quelle condizioni, se fosse in grado di farlo. Per ricostruire la volontà presunta del paziente occorre parlare coi familiari e le sue persone di riferimento, ma anche eventuali direttive anticipate di trattamento *non* riferite alla situazione del momento, possono dare indicazioni utili sui suoi valori personali. Ma siccome in questo caso la volontà del paziente si può solo presumere, il suo margine d'errore è più elevato, e il suo valore è inferiore rispetto a quello di una volontà espressa per iscritto.

### ***Il bene obiettivo del paziente***

Qualora non sia possibile ricostruire con sufficiente sicurezza le preferenze del paziente, la decisione se eseguire dei trattamenti per prolungargli la vita va assunta ispirandosi a valori generali, pensando al „bene obiettivo“ del paziente. Valutando attentamente i rischi e i benefici, occorre quindi ponderare se proseguimento o proseguire un trattamento volti a prolungare la vita sia ancora nell'interesse del paziente.

**Criteria di riferimento per decidere al posto del paziente:**

- 1. Volontà espresse in precedenza per iscritto (direttive anticipate di trattamento) o preferenze espresse in forma orale.***
- 2. Volontà presunta del paziente***
- 3. Bene obiettivo del paziente***

**4.4 Il ruolo dei familiari quando occorre decidere al posto del paziente**

Di regola, quando un paziente non è più in grado di esprimere la propria volontà, per decidere sul suo trattamento medico si coinvolgono i familiari o altre persone a lui vicine. Tuttavia, queste persone non hanno il compito di decidere, ma semmai di fornire informazioni su volontà espresse in precedenza, convinzioni e valori del paziente, per aiutare gli operatori sanitari a interpretare le direttive anticipate, se ci sono, o a ricostruire la volontà presunta del paziente. La scelta se continuare o interrompere la terapia, infatti, resta una responsabilità del medico, chiamato a decidere sull'indicazione medica di un trattamento previa consultazione del rappresentante legale o dei familiari, rispettando le direttive anticipate di trattamento stilate in precedenza o la volontà presunta del paziente. Nel colloquio col rappresentante legale e coi familiari è comunque opportuno cercare, per quanto possibile, una soluzione consensuale, condivisibile da tutte le figure coinvolte.

**5. I conflitti fra la volontà e il bene del paziente**

Se il paziente rifiuta un trattamento e la sua volontà è in conflitto col suo bene, deve essere chiaro che la volontà del paziente ha la priorità sul suo bene. Ciò significa che se un paziente è in grado di decidere ed è stato esaurientemente informato, ha il diritto di rifiutare anche un trattamento utile o in grado di salvargli la vita. Nel caso specifico, però, si pone spesso la questione su quanto il medico dovrebbe cercare di persuadere il paziente dell'utilità del trattamento proposto. Quanto maggiore si ritiene che sarebbe l'utilità per il paziente del trattamento rifiutato, tanto più è opportuno accertarsi che la decisione del paziente sia motivata da preferenze chiare. Prima di tutto occorre verificare che il paziente abbia compreso correttamente la situazione e sia in grado d'esprimere una volontà informata. Poi il medico dovrebbe cercare di immedesimarsi nel paziente, per capire quali fattori lo animano maggiormente nella sua decisione, e quali preoccupazioni, ansie o timori si celano dietro al suo rifiuto. In questo modo è più facile comprendere e far proprie le riflessioni del paziente. Con questo approccio, è possibile che il paziente si persuada dei vantaggi della terapia. Se poi c'è il sospetto una depressione, è opportuno richiedere un consulto psichiatrico. Se comunque il medico e il paziente non trovano un accordo, va rispettata la decisione del paziente,

assistendolo lungo il cammino che ha scelto di percorrere, e invitandolo, qualora avesse dei dubbi o cambiasse idea, a rimettersi in contatto col proprio medico anche in uno stadio più avanzato della malattia.

Ma può anche capitare il conflitto opposto, ossia che un paziente insista per essere sottoposto a un trattamento che il medico ritiene *inutile*. Ma poiché il diritto di libertà di scelta del paziente non configura il diritto a ricevere trattamenti medici inutili, il medico non è tenuto a eseguire la terapia richiesta. Tuttavia, anche in questo caso è opportuno immedesimarsi dapprima nel punto di vista del paziente, cercando di capire che cosa si aspetta dal trattamento. Poi bisognerebbe informarlo nuovamente e meticolosamente sulla natura del trattamento che richiede, valutando i rischi e le opportunità alla luce delle sue convinzioni personali, e cercando di negoziare una soluzione accettabile per tutti gli interlocutori. A volte può essere utile richiedere un secondo parere, da cui possono scaturire nuovi spunti sia per l'équipe di assistenza sia per il paziente, e che in ogni caso può convincere quest'ultimo ad accettare il punto di vista degli specialisti sulle sue condizioni di salute. Se però gli interventi richiesti insistentemente dal paziente – o anche da un suo procuratore, persone curanti o familiari - sono manifestamente inutili o comportano rischi elevati, non eseguirli è una scelta giustificata, se non addirittura obbligata. Rinunciare a ulteriori trattamenti di prolungamento della vita, non di rado legati ad effetti collaterali rilevanti, è anche un'opportunità per il paziente, poiché gli consente di trascorrere il tempo che lo separa dalla morte con una qualità della vita migliore.

**Suggerimenti pratici in caso di conflitto con la volontà del paziente:**

- *Immedesimarsi nel punto di vista del paziente.*
- *Capire quali aspettative e timori nutre la persona.*
- *Tenere conto dei suoi problemi psicosociali.*
- *Informare bene il paziente sull'intervento proposto.*
- *Valutare i rischi e i benefici dell'intervento in base ai valori personali del paziente.*
- *Assistere il paziente nel suo processo decisionale.*
- *Eventualmente richiedere un secondo parere.*

## **6. L'alimentazione e l'idratazione artificiale**

Nel dibattito etico attualmente in corso si è ormai affermata la convinzione che anche la somministrazione di nutrimento o di liquidi tramite una sonda sia da considerare un atto medico, che come tutti gli altri interventi medici deve essere giustificato da un'indicazione precisa e richiede il consenso del paziente (⇒ capitolo 2). Pertanto, l'alimentazione e l'idratazione artificiale non

vanno eseguite se non producono alcuna utilità (o se fanno più danni che benefici), e o se contrastano con la volontà attuale, già espressa o presunta del paziente.

Anche dal punto di vista legale, l'alimentazione artificiale e l'idratazione non fanno eccezione. La somministrazione di nutrimento o di liquidi tramite sonda è un atto medico che richiede un'indicazione precisa e deve corrispondere alla volontà del paziente, come ha confermato una sentenza della Corte di cassazione (sentenza n. 21748 del 2007):

“È indubbio che la somministrazione artificiale di liquidi e l'alimentazione artificiale tramite sondino nasogastrico sia da considerare un atto medico. Questo genere di trattamento è parte integrante di una procedura che richiede conoscenze scientifiche messe in atto da medici, anche quando il trattamento successivo è eseguito da personale non medico. La procedura in questione consiste nella somministrazione di preparati sotto forma di composti chimici, e non può essere eseguita senza l'aiuto di strumenti tecnicamente complessi.“

## **7. La condivisione della scelta nell'équipe, e la consulenza etica clinica**

Ogni scelta di rinunciare a trattamenti per prolungare la vita di un paziente andrebbe discussa nell'équipe assistenziale fra tutte le discipline e le figure professionali coinvolte. In questo modo si può tenere conto di diversi punti di vista sulle condizioni mediche, sul bene e sulla volontà del paziente, riducendo il rischio di una valutazione troppo unilaterale. Inoltre, vanno coinvolte nella decisione anche le persone che poi saranno chiamate a metterla in pratica, per facilitare così l'assistenza del paziente. Nei casi più difficili o delicati è consigliabile richiedere una consulenza etica clinica. In ciascuno dei quattro comprensori sanitari dell'Alto Adige opera un gruppo di consulenza etica che può farsi carico di coordinare la discussione etica di un caso fra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza del paziente. Una discussione etica su un caso specifico può essere convocata tramite i coordinatori dei gruppi di consulenza etica:

### **Comprensorio Sanitario di Bolzano**

**Coordinatrice: dott.ssa Bernadetta Moser, (reparto di rianimazione 2) Tel. 0471 90 86 74 - bernadetta.moser@asbz.it**

### **Comprensorio Sanitario di Merano**

**Coordinatore: dott. Patrick Franzoni, (reparto geriatria) Tel. 0473 25 11 50 / 51 - patrick.franzoni@asbmeran-o.it**

### **Comprensorio Sanitario di Bressanone**

**Coordinatrice: sig.ra Elisabeth Hopfgartner, (reparto di riabilitazione) Tel. 0472 81 29 10 - elisabeth.hopfgartner@sb-brixen.it**

### **Comprensorio Sanitario di Brunico**

**Coordinatori: dott. Marco Pizzinini e dott.ssa Beatrix Eppacher Tel. 0474 58 10 02 - beatrix.eppacher@sb-brunneck.it**

## **8. La documentazione**

Ogni decisione di rivedere l'obiettivo terapeutico e di rinunciare ad interventi che prolunghino la vita del paziente va opportunamente documentata, riportando in particolare i seguenti dati:

- le condizioni mediche del paziente (diagnosi, opzioni terapeutiche ecc.)
- la valutazione medica della capacità del paziente di esprimere la propria volontà
- gli estremi o l'esito dei colloqui svolti col paziente, con persone curanti, procuratori e familiari
- le modalità di espressione della volontà del paziente su cui si basa la procedura prevista (volontà attuale, espressa in precedenza o presunta).

Inoltre, vanno informate della decisione assunta tutte le persone coinvolte a vario titolo nell'assistenza del paziente.

## 9. Bibliografia

Ufficio formazione del personale sanitario / Comitato etico provinciale “Pianificazione preventiva dei trattamenti sanitari. Direttive anticipate di trattamento. Bolzano, 2010

Borasio GD, Heßler H-J, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2009;106(40):A1952-1957.

Vetter P, Marckmann G. Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 2009;64(9):370-374

Synofzik M, Marckmann G. Persistent vegetative state: Verdursten lassen oder sterben dürfen? Deutsches Ärzteblatt 2005;102(30):A2079-2082.

Marckmann G. PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2007;62(1):23-27.

Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010;135(12):570-4

Casonato, C. Introduzione al biodiritto, Giappichelli, Torino, 2012

[www.provincia.bz.it/sanita/comitati/comitato-etico-provinciale.asp](http://www.provincia.bz.it/sanita/comitati/comitato-etico-provinciale.asp)

