



# 28° Meeting GiViTI

13-14-15 Novembre 2019



## **il consenso informato e le DAT**

**Sergio Livigni, Giuseppe Gristina**

# Art. 4 Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

- Servono a esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari in previsione di un'eventuale futura incapacità
- È possibile indicare un «fiduciario», che faccia le veci della persona malata e la rappresenti nelle relazioni con il medico, con l'équipe e con le strutture sanitarie
- Mantengono efficacia anche nel caso in cui non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace
- Possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano 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
- Devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata dal disponente presso l'ufficio dello Stato Civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro
- Possono essere rinnovabili, modificabili, revocabili in ogni momento. Nei casi di emergenza possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

**caso 1**

<b>caso 1</b>	<b>donna – 73a</b>	
in PS DEA 1°	<div>✓ riferita caduta accidentale a domicilio</div> <div>✓ non perdita di coscienza</div> <div>✓ sensibilità conservata ipostenia arti sup.</div> <div>✓ emodinamica stabile autonoma</div> <div>✓ attività respiratoria spontanea valida</div>	
<b>1° tempo</b>		
angio-TC encefalo e TSA	<div>• non lesioni parenchimali</div> <div>• assi carotidei, vertebrali e P.Willis pervi</div> <div>• possibile lesione disco-legamentosa C5-C6</div> <div>• antero-listesi al passaggio C4-C5, C5-C6</div>	
consulenza NCH	<div>• non urgenza NCH in atto</div> <div>• controllo RMN entro 48 – 72 h</div> <div>• mantenimento collare Philadelphia</div> <div>• intervento decompressivo da programmare</div>	

## 2° tempo

dopo  
2 gg

- ✓ perdita di coscienza + deviazione sguardo a sx
- ✓ ipotensione e bradicardia
- ✓ avviato supporto con noradr. + dobut.
- ✓ ripresa dello stato di coscienza
- ✓ arti sup. ipostenici inf. immobili (tetraplegia)

NCH del SGB pone  
indicazione a RMN urgente

## 3° tempo

poco  
dopo

✓ Si procede a IOT

RMN

- non lesioni del parenchima encefalico
- disallineamento profili somatici post. passaggio C4-C5 e C5-C6, fulcro della curva cifotica accentuata
- faccette articolari interapofisarie C5-C6 disallineate
- spazio intersomatico C5-C6 ampliato per lesione traumatica disco intersomatico C5-C6
- a livello C5-C6 alterazioni segnale midollari ad estensione cranio-caudale per 3 per alterazione contusiva

## 4° tempo

consulenza  
NCH

- trauma cervicale
- RMN colonna: alterazione di segnale midollare C4-C6 tipo sindrome centro-midollare in frattura «tipo C» di C5 + rottura discale + spondiloartrosi cervicale con canale stretto
- deficit prossimale arti sup. (deltoide bilat.); movimenti volontari arti inf. ipostenici
- non stabilizzazione urgente
- programmato intervento di sintesi
- mantiene Philadelphia

## 5° tempo

in TI

### SINOSSI CLINICA:

- tetraplegia franca
- pz con DAT depositate presso Comune di ... allegate in cartella
- NCH prospetta alla pz una prognosi neurologica con severa disabilità + tracheostomia
- la pz mantiene la posizione già espressa nelle DAT
- si concorda con lei l'estubazione per consentirle una vita di relazione con i propri cari
- non indicazione a reintubazione
- eventuale palliazione se distress respiratorio
- non ulteriori indicazioni chirurgiche



# Disposizioni ANTICIPATE di TRATTAMENTO SANITARIO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_  
me ne rendo pienamente  
consapevole e dichiaro che se in futuro dovessi  
essere colpito da patologie gravi che  
mi impedissero di intendere e  
volere oppure paralizzarmi o altre pa-  
tologie invalidanti che mi facessero  
vivere come un vegetale, voglio che i  
medici sospendano le cure che mi ser-  
virebbero per continuare a vivere  
e che mi facessero morire sedandomi.

3 Maggio 2018

Nomino come fiduciario la Signora \_\_\_\_\_

in fede \_\_\_\_\_

Accetta  
l'incarico di  
fiduciario \_\_\_\_\_








Corso Ogliani, 9  
C.A.P. 10080

CITTA' METROPOLITANA DI MILANO  
Cod Fisc. 85501330014  
Partita IVA 02107760015 E-mail: [segreteria@comune.milano.it](mailto:segreteria@comune.milano.it)

## SERVIZI DEMOGRAFICI

### RICEVUTA DI CONSEGNA DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO

Oggi 09 maggio 2018 presso la Casa Comunale di Milano, il sottoscritto Ufficiale di Stato Civile , riceve personalmente dalla sig.ra , nata a  il 20 luglio 1943 e residente in  5, una scrittura privata in busta chiusa delle proprie disposizioni anticipate di trattamento sanitario e ne registra copia sull'apposito registro al n.  disponendone il deposito presso il nostro ufficio.

L'Ufficiale di Stato Civile

## 6° tempo

### epilogo

- tetraplegia flaccida persistente
- Pz tranquilla, non sofferente
- in corso MORFINA 60 mg in SF 50 ml 1 ml/h
- apre gli occhi su richiesta, non articola parole
- assistita da un'amica
- respiro spontaneo con  $\text{FiO}_2$  0.5 scambi sufficienti
- MV misto a rantoli come da ingombro secretivo
- bradipnea con escursioni simmetriche del torace
- emodinamica autonoma stabile, diuresi valida
- mantiene NE

in data ...

progressiva desaturazione con ipotensione

mantiene morfina iv

non distress o di sofferenza

h 9.25 exitus

**discussione**

- Nessun trattamento può essere iniziato o proseguito senza il consenso libero e consapevole della persona interessata [personale, esplicito, specifico, attuale, revocabile]
- Ogni persona «capace» ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario **anche se necessario alla sopravvivenza (N/H)**
- Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciarvi e, di conseguenza, è **esente da responsabilità civile o penale**
- Il paziente **non può esigere trattamenti sanitari contrari** a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali
- Sul CI si fonda la relazione di cura cui **contribuisce l'intera l'équipe sanitaria** e in cui sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari
- Ogni persona ha il **diritto di conoscere** la diagnosi, la prognosi, i benefici/rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti, le alternative e le conseguenze del rifiuto
- Ogni persona **può rifiutare** in tutto/in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare un familiare o una persona di sua fiducia di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece
- La rinuncia alle informazioni e l'indicazione di un incaricato sono **registrati in cartella clinica**

**caso 2**

<b>caso 2</b>	<b>uomo – 86a</b>
in PS DEA 1°	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 15 gg fa dispnea + alterazione della voce</li> <li>✓ FLS: paralisi cvv dx + paresi cvv sn + riduzione spazio ventilatorio + seni piriformi liberi</li> </ul>
<b>1° tempo</b>	
TC collo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voluminoso struma tiroideo con aspetto colloidocistico a sviluppo intratoracico dx</li> <li>• sbandamento tracheale a sn</li> <li>• lume tracheale ridotto con Ø max 9 mm</li> </ul>
consulenza CH TOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indicazione a trattamento chirurgico</li> </ul>
esito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trasferimento presso SGB CH TOR</li> </ul>

## 2° tempo

consulenza  
ORL

- epiglottide deformata
- paralisi in posizione intermedia della cvv dx
- riduzione dello spazio aereo

valutazione  
anestesiol.  
preop.

- stridor laringeo
- SatO<sub>2</sub> 91% con FiO<sub>2</sub> 0.21
- difficoltà respiratoria soggettiva

esito

- trasferito in TI per monitoraggio in attesa di intervento



## 3° tempo

in TI

- tirage + SatO<sub>2</sub> 91% con FiO<sub>2</sub> 0.21 che risale con O<sub>2</sub> via nasal prongs
- posizionati introduttori venosi se assistenza ECMO

- Il paziente viene edotto sulla procedura
- sull'eventuale necessità di assistenza perioperatoria in ECMO
- sulla possibile esecuzione di tracheostomia

- **i familiari chiedono di non comunicare al padre la diagnosi**
- **il padre accetta che tutte le comunicazioni siano date ai figli**

## INTERVENTO

Post-op.

- condizioni generali stabili ma in quadro di progressivo decadimento funzionale
- weaning inefficace per rapido esaurimento muscolare
- rimane tracheostomia e ventil. in PSV a intermittenza
- **giunge il referto istologico: «carcinoma anaplastico indifferenziato»**

## 4° tempo

- in 30<sup>a</sup> la ripresa postoperatoria è ancora lenta e molto parziale per le ridotte riserve fisiche dovute all'età e all'ospedalizzazione protratta
- se ne dà conto al paziente che ne chiede la ragione ma, in accordo con quanto stabilito con lui e con i familiari, non si fa cenno alla diagnosi istologica
- si chiede al paziente se è ancora del parere che i medici comunichino informazioni più dettagliate solo ai suoi figli
- il paziente si dichiara ancora di questo avviso anche se chiede di avere «qualche informazione in più»

## **5° tempo**

in rapporto a:

- progressivo decadimento delle condizioni generali
- dipendenza sia pure non continuativa da supporti vitali
- quadro clinico che non offre possibilità di dimissione a domicilio
- prognosi a breve condizionata dalla diagnosi istologica
- decisioni dei medici rispetto all'evoluzione clinica e del paziente rispetto alla sua vita

**si apre nel team la discussione circa l'opportunità di continuare a non informare il paziente anche sulla base dei contenuti della legge 219/2017 sul consenso informato e le DAT**

**discussione**

- In caso di una patologia cronica invalidante e/o con evoluzione a prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico
- il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente si trovi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità
- il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente o una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati sulla evoluzione della patologia, sulla qualità di vita residua, sulle possibilità di cura e sulle cure palliative
- il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario sono espressi in forma scritta

**caso 3**

## caso 3

uomo – 51a

### 1° tempo

in  
CH TOR

- ✓ già ricoverato in TI dopo drenaggio empiema in VATS
- ✓ necessarie ripetute FBS per ingombro secretivo
- ✓ nuova desaturazione (80%) con supporto O<sub>2</sub>
- ✓ EGA: ipossiemia normocapnica
- ✓ IOT e ricovero in TI con diagnosi di polmonite
- ✓ contattato tutore legale per pianificare il progetto di cura e eventuale confezionamento tracheostomia

APR

- ✓ Demenza grave + tetraparesi spastica + epilessia
- ✓ anemia sideropenica
- ✓ esofago di Barrett, MRGE, funduplicatio nel 2012

Colloquio con il tutore e con il padre.

Paziente senza vita di relazione. Frequenti atti di autolesionismo.

Si concorda di rivalutare tracheostomia considerata la qualità della vita residua ed il rischio di autorimozione

## 2° tempo

2° colloquio con il tutore:

- quadro clinico attuale in miglioramento respiratorio con progressivo svezzamento dal ventilatore, stabilità emodinamica e quadro neurologico invariato
- si condivide con il tutore la pianificazione delle cure prospettando un non incremento dell'intensità di cura ritenendo sproporzionato il confezionamento di una tracheotomia percutanea
- si procederà a rimozione dei drenaggi toracici e a ulteriore svezzamento respiratorio ed eventuale estubazione
- il tutore chiede di poter trasferire il paziente a domicilio in caso di peggioramento del quadro clinico e prognosi infausta.



## 3° tempo

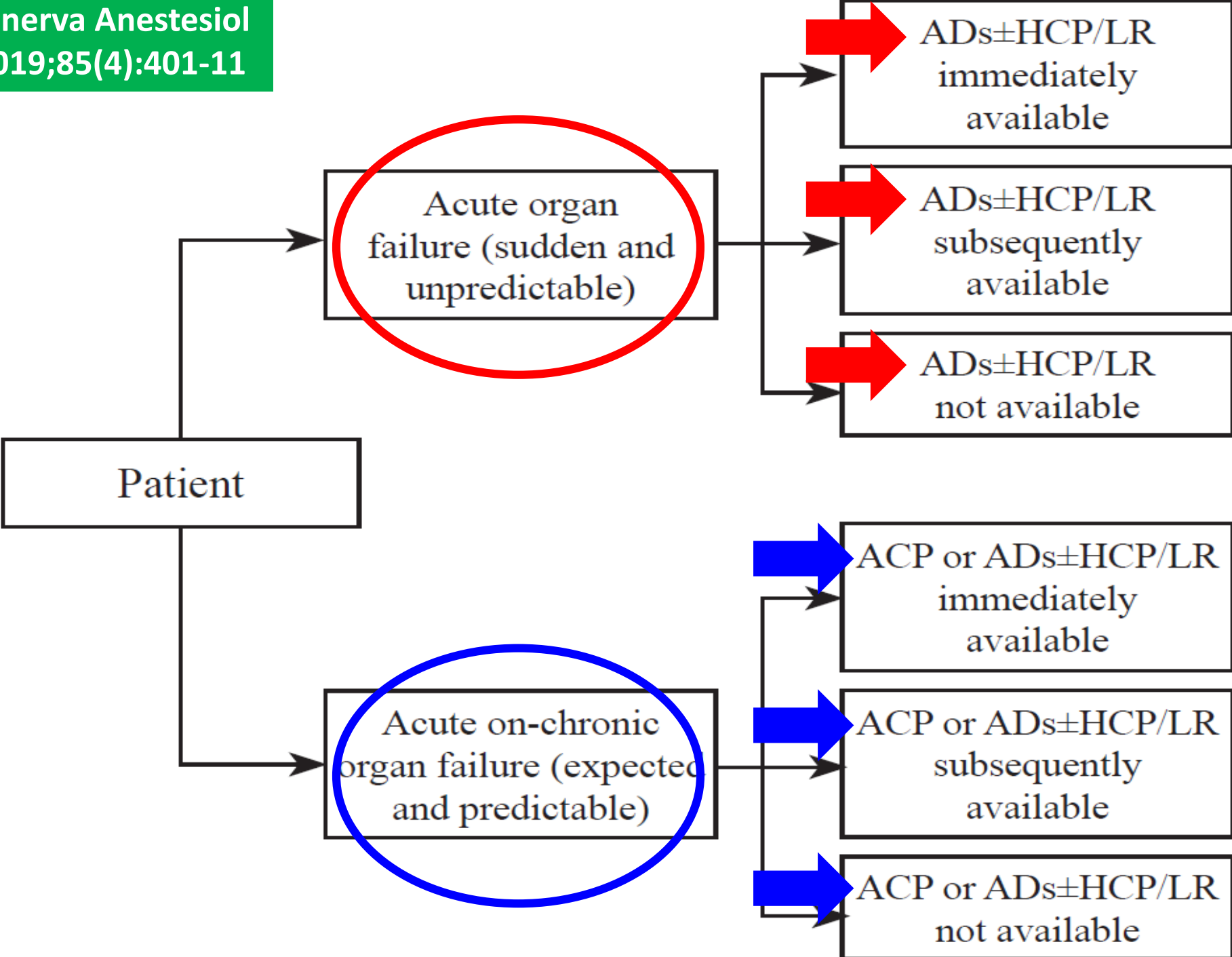
3° colloquio con il tutore, il padre, il CHTor., i Rian.

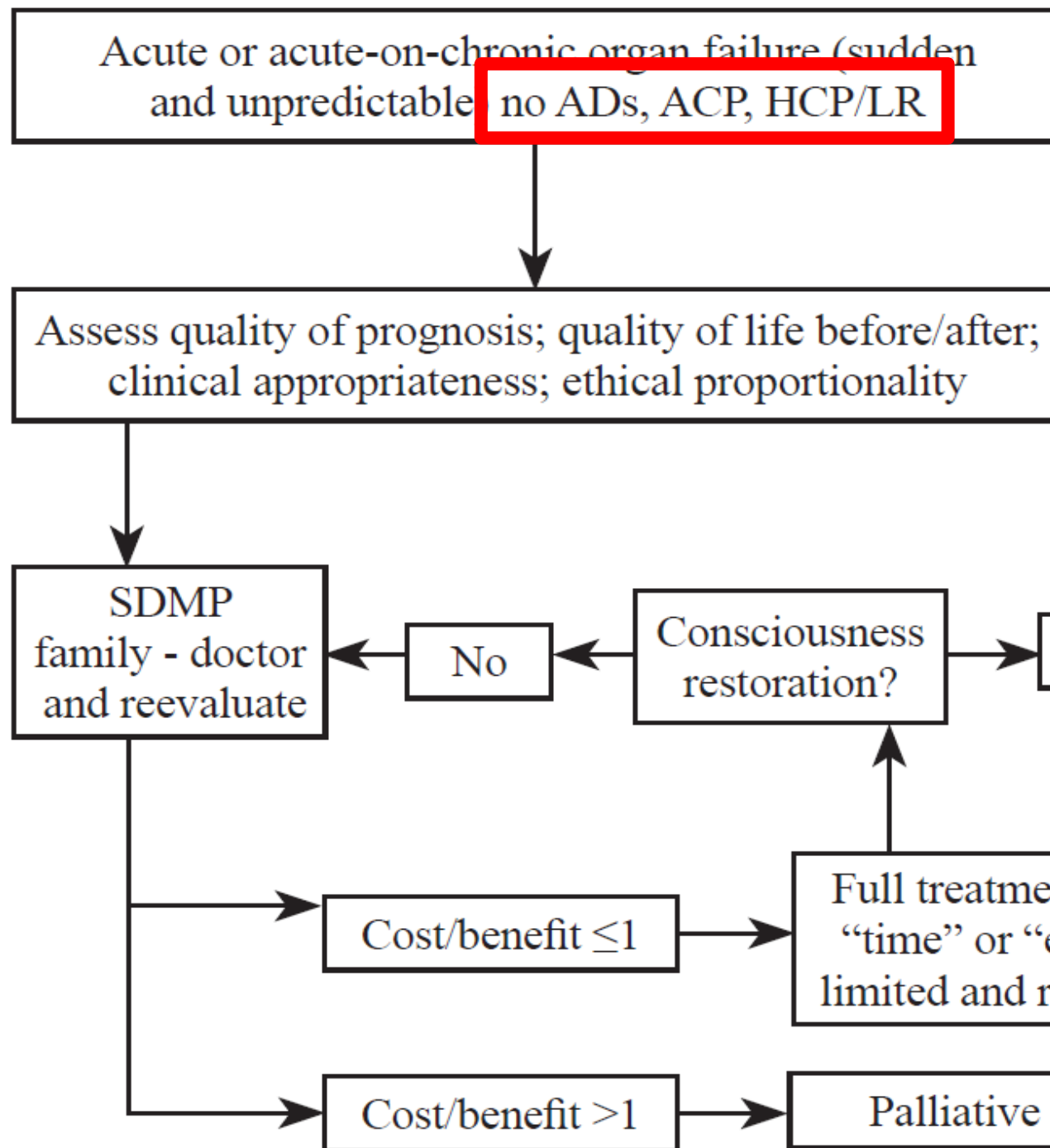
- **CHTor. propone:** tracheostomia → weaning → trasf. Cottolengo
- **Rian.:** tracheostomia = aggravio invasività e peggioramento qualità di vita // **propone:** estubazione → trasf. RSA senza ulteriori indicazioni a trattamenti intensivi e sedazione palliativa in caso di IRA previo:
  - ✓ reset terapia AB (Ps. Aer. resistente carbapenemici in atto) + FBS per provare a ridurre l'ingombro secretivo
  - ✓ mantenimento IV per il tempo necessario
  - ✓ dimissione in RSA
- il tutore e il padre concordano

## 4° tempo

- attuazione del programma di cura
  - ✓ riduzione delle secrezioni
  - ✓ toilette bronchiale tramite FBS
  - ✓ estubazione
- dimissione in RSA senza indicazione a ulteriori ricoveri ospedalieri e sedazione palliativa se necessaria

**discussione**





Acute organ failure

Minerva Anestesiol  
2019;85(4):401-11

Support vital functions while assessing  
if ADs±HCP/LR are available

ADs±HCP/LR  
immediately available

ADs±HCP/LR  
subsequently available

Are ADs consistent  
with clinical status  
and all circumstances?

Treat the patient and  
reassess when  
ADs±HCP/LR available

No

Yes

Follow  
ADs±HCP/LR

Doctor decides if  
HCP/LR absent

SDMP if  
HCP/LR present

Forgo  
treatments?

No

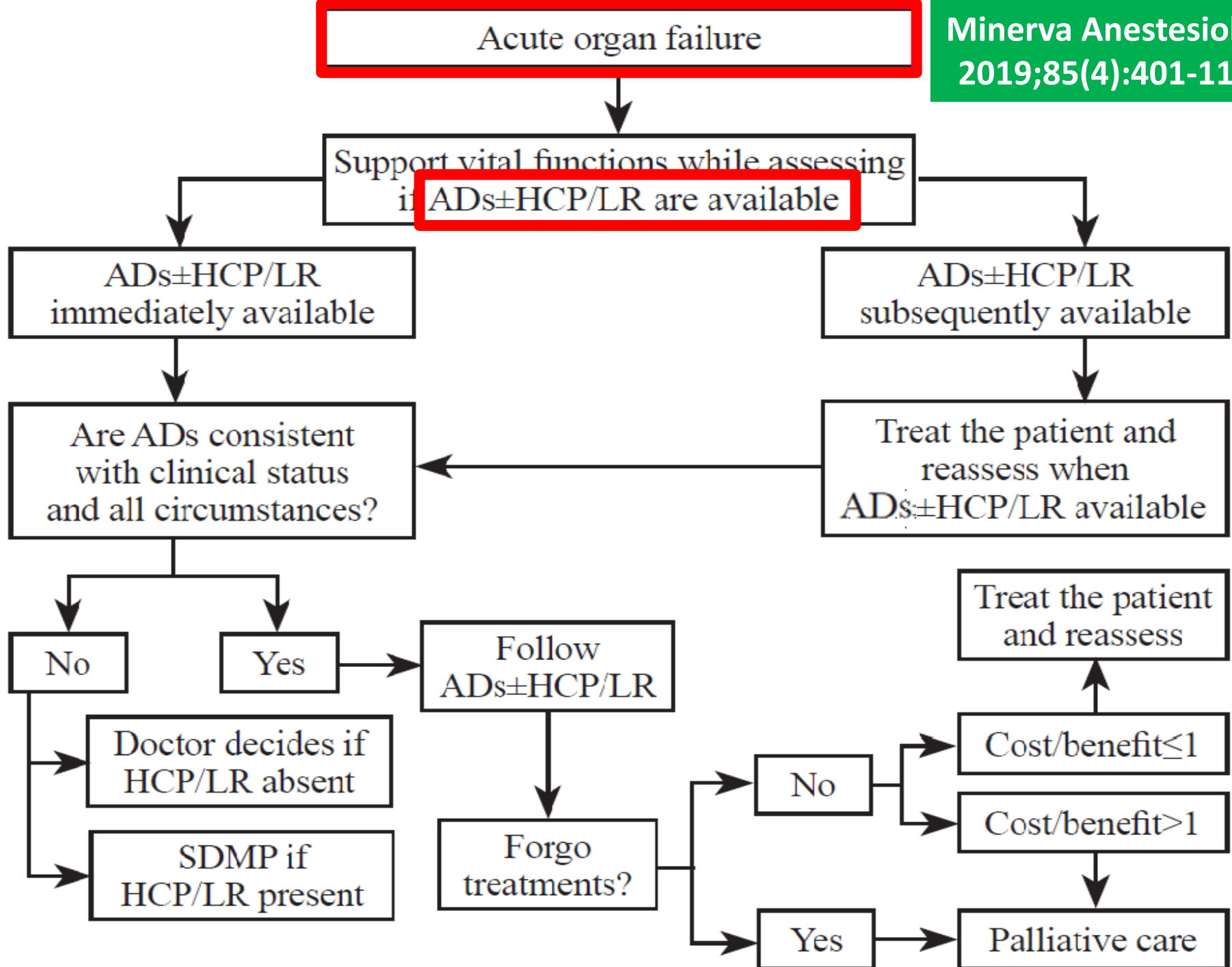
Yes

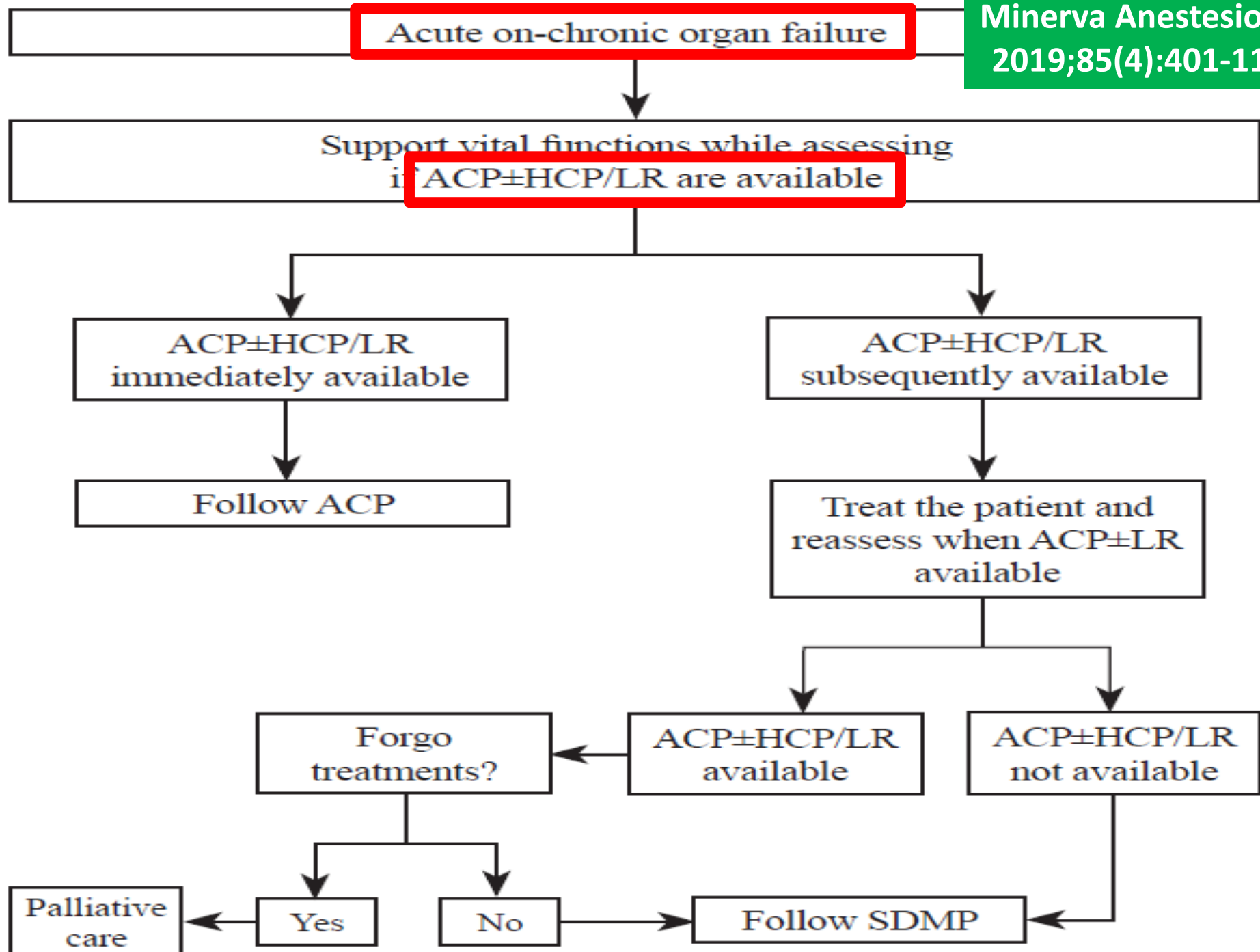
Treat the patient  
and reassess

Cost/benefit  $\leq 1$

Cost/benefit  $> 1$

Palliative care





**Art. 1 comma 8**  
**Il tempo della comunicazione tra medico  
e paziente costituisce tempo di cura**



## Art. 2 Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita



- Alla fine della vita (prognosi infausta a breve termine imminenza di morte), il medico deve astenersi da ogni ostinazione terapeutica e da trattamenti inutili o sproporzionati
- Garantire un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative (legge 15 marzo 2010, n. 38)
- In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente