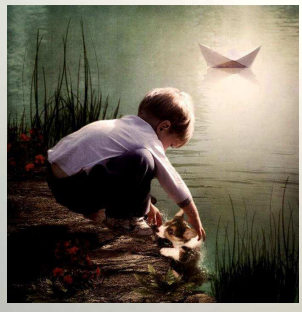
Un diritto gentile

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 integrità fisica e psichica identità autodeterminazione	art.3, 4 e collegati
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 criterio guida della professione
ma non è criterio 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

2. Consensualità
della relazione di cura

non un momento o un atto di consenso,
ma
la modalità del rapporto

che si realizza
nel rispetto dei diritti fondamentali
di cui all'art. 3

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.)

Quando l'intervento
non è consentito
(art. 14 1° e 2° co. : cura non necessaria, sproporzionata o futile, rifiutata o contraria al rispetto dell'identità)

il medico deve (non «può»)
astenersi o interrompere :
con le conseguenze e le tutele
già viste a proposito del rifiuto di cure (artt. 11-13)

5. Disposizioni anticipate di trattamento

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, incluse 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.

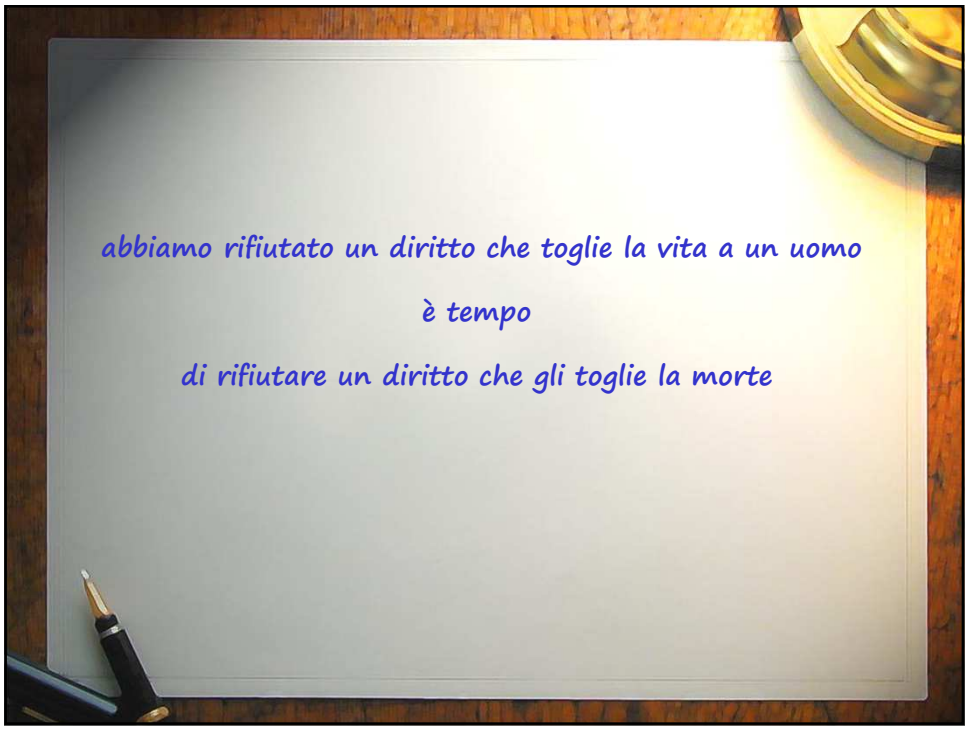
se il dissenso permane, decide il giudice tutelare.

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