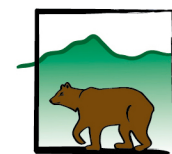


Cristiana Dente, aslBI Biella



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI **BIELLA**

Presentazione degli strumenti di valutazione del paziente, motivazioni della scelta



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI BIELLA

Documento condiviso SICP-SIN

Le Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata

Per SICP: Fabio Lombardi (Lecco), Luisa Sangalli (Roma), Claudio Ritossa (Torino)

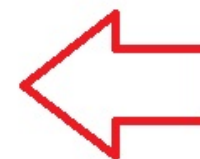
Per SIN: Giuliano Brunori (Trento), Roberto Bergia (Biella), Marco Formica (Cuneo)

Giuristi: Paolo Zatti, Mariassunta Piccinni, Elisabetta Palermo Fabris (Padova)

INDICE

1. Prefazione
2. Introduzione
3. Quadro di contesto: epidemiologia e prognosi delle persone con malattia renale cronica avanzata
4. L'identificazione precoce delle persone affette da patologie croniche progressive e la valutazione multidimensionale dei bisogni
5. Considerazioni etiche
6. Le Cure Palliative e di fine vita nelle persone con malattia renale cronica avanzata
7. Considerazioni conclusive
8. Ipotesi di un percorso condiviso
9. Bibliografia
10. Glossario

2



I modelli prognostici devono essere considerati come degli utili supporti al processo decisionale e sono raccomandati per una discussione della prognosi e delle alternative terapeutiche possibili con il paziente, la famiglia e tutta l'équipe curante.

Tabella 1 - Fattori prognostici sfavorevoli nel paziente con malattia renale cronica avanzata

Età elevata
Tipo e severità delle comorbidità associate
Malnutrizione severa
Grave compromissione cognitiva
Ridotta autonomia funzionale
Comparsa di eventi sentinella (ripetute ospedalizzazioni)



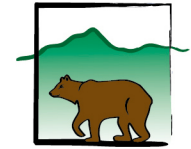
Realizzazione:
- Bozzi Filippo
- Paolo Chiari

Scale di valutazione Categorie

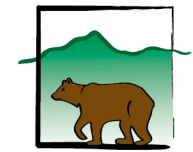
- [Dolore](#) (scale per la valutazione del dolore nell'adulto e nel bambino in diversi setting)
- [Autonomia](#) (scale per la valutazione del livello di autonomia o funzionalità del paziente)
- [Depressione](#) (scala per la valutazione della depressione del paziente)
- [Fragilità](#) (scala per la valutazione della fragilità)
- [Integrità dei tessuti](#) (scala per la valutazione delle lesioni)
- [Movimento](#) (scala per la valutazione della capacità residua di movimento)
- [Nutrizione](#) (scala per la valutazione del livello di nutrizione)
- [Paziente critico](#) (scale per la valutazione del paziente con funzioni vitali compromesse)
- [Percezione cognitiva](#) (scale per la valutazione del campo cognitivo)
- [Cardiologia](#) (scale per la valutazione di patologie cardiologiche)
- [Qualità di vita](#) (scale per la valutazione della qualità di vita)
- [Valutazioni neonatali](#) (scale per la pediatria e la neonatologia)
- [Comorbilità](#)

Indice delle scale

- [ADAS](#)
- [ADL](#)
- [AIS](#)
- [APACHE II](#)
- [APIB](#)
- [BANSS](#)
- [BARTHEL INDEX](#)
- [BERG BALANCE](#)
- [BFI](#)
- [BRADEN](#)
- [CAM - ICU](#)
- [CINCINNATI](#)
- [CIRS](#)
- [CONLEY](#)
- [EDIN](#)
- [ESPRESSIONI FACCIALI](#)
- [FLACC](#)
- [FLIE](#)
- [FSS](#)
- [IADL](#)
- [GCS](#)
- [GDS](#)
- [MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE](#)
- [MANE](#)
- [MASC](#)



TEORIA PRATICA



Rita, anni 84

4-9-2000 Nefropatia d'origine :RENE POLICISTICO

11/7/2006 confezionamento di FAV artero venosa interna radio cefalica distale sinistra

02/09/2006 avvio del trattamento dialitico regime **trisettimanale**

La signora è autosufficiente, vive da sola, ha una sola nipote con cui va molto d'accordo e il compagno di questa nipote diventa il suo medico di medicina generale. Proviene da una famiglia numerosa 3 fratelli di cui uno deceduto in sala dialisi mentre era in vacanza e 5 sorelle di cui 2 sono ancora in vita, ma vivono nel sud Italia .Rita è socievole, profondamente religiosa, riesce a passare 3 mesi estivi al mare che adora ,organizzandosi le dialisi in meridione fino al 2016.

Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL)

(Fonte: Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA 1963;185:914)

- 1) LAVARSI - Spugnature, vasca o doccia**
 - a) L'anziano non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
 - a) Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
 - b) Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)

- 2) VESTIRSI - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa)**
 - a) Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
 - a) Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
 - b) Riceve aiuto nel prendere vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito

- 3) USO DEI SERVIZI - Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste.**
 - a) Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella od il vaso od il pappagallo, per la notte, o la comoda, vuotandoli al mattino)
 - b) Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda
 - b) Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine

- 4) TRASFERIMENTO**
 - a) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello)
 - b) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto
 - b) Non esce dal letto

- 5) CONTINENZA**
 - a) Ha completo autocontrollo sui movimenti per urinare e per evacuare
 - b) Ha occasionalmente degli incidenti
 - b) Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare; oppure utilizza il catetere o è incontinente

- 6) ALIMENTARSI**
 - a) Si alimenta da solo e senza aiuto
 - a) Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane
 - b) Riceve assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

ADL di Rita

DATA	ADL
SETTEMBRE 2006	AUTOSUFFICIENTE
SETTEMBRE 2014	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
OTTOBRE 2017	TOTALMENTE DIPENDENTE

Nell'anamnesi raccolta durante il suo decorso di dialisi il nefrologo evidenzia:

- Emorragia cerebrale post traumatica nel 2014
- Lesione annessiale dx
- Artrosi alla spalla dx
- Ipertensione
- Ipoacusia
- Pregressa perforazione intestinale con peritonite
- Frattura scomposta femore sx con indicazione chirurgica ottobre 2017

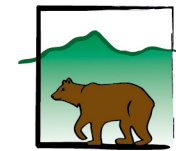
Due parole sul Charlson



Il Charlson Comorbidity Index è una metodica semplice e affidabile per misurare la comorbidità. L' indice viene costruito in base alla presenza o meno nel singolo paziente di 19 patologie traccianti , ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio che può variare da 1 a 6; la somma dei punteggi riferibili alle malattie coesistenti in un soggetto viene quindi ponderata per l' età del paziente. L' intero range del Charlson 'age adjusted Index' è compreso tra 0 a 43 punti ed i suoi valori hanno dimostrato eccellente validità predittiva. Nonostante l' ampiezza del range , uno score di Charlson uguale o superiore a 8 è in genere espressione di grave impegno clinico.

Dr. Mary Charlson



**Table 1. Charlson Comorbidity Index Scoring System**

Score	Condition
1	Myocardial infarction (history, not ECG changes only) Congestive heart failure Peripheral vascular disease (includes aortic aneurysm ≥ 6 cm) Cerebrovascular disease: CVA with mild or no residua or TIA Dementia Chronic pulmonary disease Connective tissue disease Peptic ulcer disease Mild liver disease (without portal hypertension, includes chronic hepatitis) Diabetes without end-organ damage (excludes diet-controlled alone)
2	Hemiplegia Moderate or severe renal disease Diabetes with end-organ damage (retinopathy, neuropathy, nephropathy, or brittle diabetes) Tumor without metastases (exclude if >5 y from diagnosis) Leukemia (acute or chronic) Lymphoma
3	Moderate or severe liver disease
6	Metastatic solid tumor AIDS (not just HIV positive)

NOTE. For each decade > 40 years of age, a score of 1 is added to the above score.

Abbreviations: ECG, electrocardiogram; CVA, cerebrovascular accident; TIA, transient ischemic attack; AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; HIV, human immunodeficiency virus.

Calcolo di charlson di Rita

patologie	Punteggio
cardiopatìa	1
vasculopatìa	1
Malattia cerebrale	1
Malattia lieve del fegato	1
Malattia renale	2
Punteggio totale	6
Punteggio totale + età	10

Luglio 2017 trombosi fav

la paziente è intollerante al trattamento.

Si denota stato di malnutrizione .

Il nefrologo appunta in cartella clinica :dopo colloquio con personale sanitario **si convince la paziente a rimanere in regime tri settimanale e di allungare la durata della seduta dialitica al fine di migliorare il quadro di astenia**

BMI e ALBUMINA

L'indice di massa corporea (abbreviato IMC o BMI, dall'inglese body mass index) è un dato biometrico utilizzato come un indicatore dello stato di peso forma.

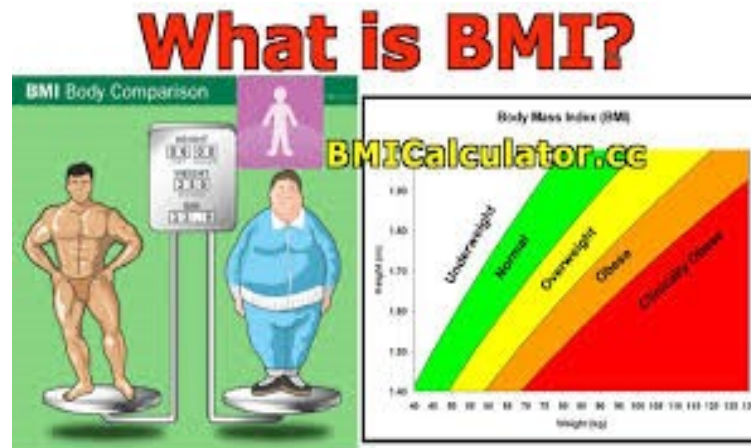
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e la medicina nutrizionale usano delle tabelle come la seguente per definire termini come "magrezza" fino a "obesità". Si ritiene che questa indicazione sia un importante indicatore per la mortalità (fattore rischio)

BMI	CONDIZIONE
< 16.5	GRAVE MAGREZZA
16-18,49	SOTTOPESO
18.5-24,99	NORMOPESO
25-29,99	SOVRAPPESO
30-34,99	OBESITÀ CLASSE I (lieve)
35-39,99	OBESITÀ CLASSE II (media)
> 40	OBESITÀ CLASSE III (grave)

COME SI CALCOLA

Il BMI di un individuo si ottiene dividendo il peso, in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, in metri. Es.
 $BMI = 72 \text{ kg} / (1.65 \times 1.65) \text{ m}^2 = 25.7$ il numero ottenuto è proprio l'indice di massa corporea.

Esistono dei calcolatori online gratuiti per poter calcolare il proprio BMI



BMI di Rita

Calcola online il tuo BMI

Altezza	<input type="text" value="150"/> centimetri
Peso	<input type="text" value="38.9"/> Kg
Sesso	<input type="text" value="Femmina"/> ▼
<input type="button" value="Calcola BMI"/>	
IL TUO BMI è	<input type="text" value="17.29"/> kg/m ²
ed è	<input type="text" value="Sottopeso"/>

Albumina

L'albumina è la più abbondante proteina presente nel plasma. Il test di laboratorio consente di ottenere utili informazioni in merito alla funzionalità epatica e renale. Inoltre, la concentrazione di albumina nel sangue riflette lo stato nutrizionale della persona. Gravi carenze nutrizionali possono spiegare una diminuzione generalizzata delle proteine circolanti, tra cui l'albumina, mentre valori alti di questa proteina si riscontrano prevalentemente in situazioni di disidratazione.

Valori normali

I livelli plasmatici di albumina sono normalmente compresi fra 3,5 e 5,5 grammi per 100 millilitri (35-55 g/litro).

Valori di albumina di Rita

DATA	ALBUMINA
14/05/2003	4,49
9/3/2015	4,37
12/12/2016	3,83
2/6/2017	3,74
24/10/2017	3,0
7/11/2017	2,37

settembre 2017 frattura polso e femore sinistro per caduta accidentale a domicilio

ottobre 2017 intervento chirurgico frattura femorale divenuta scomposta. viene inviata al reparto di nefrologia per il proseguimento delle cure. condizioni cliniche scadenti hb 7/g/dl con necessità di trasfusione di sacche.

In nessun ricovero citato è stata compilata la scheda rischio cadute.

23/10/2017 BRASS INDEX 24/40 (rischio alto, soggetti con problematiche complesse tali da richiedere una pianificazione della dimissione)

Viene calcolato l'**indice di Choen**

Due parole sul Cohen



Questo strumento prognostico è stato sviluppato da Cohen in risposta alla necessità di informazioni prognostiche sulla sopravvivenza in pazienti sottoposti a terapia cronica di emodialisi.

Nonostante le raccomandazioni delle associazioni nefrologiche, i nefrologi spesso non hanno discussioni con i pazienti sulla prognosi e sulle cure di fine vita. La letteratura, tuttavia, suggerisce che i pazienti vogliono impegnarsi in queste discussioni. Inoltre, la ricerca suggerisce che la comunicazione della prognosi rafforza la fiducia e la speranza, migliora una relazione medico-paziente e facilita le decisioni di trattamento che sono coerenti con i valori sottostanti.

Questo strumento stima la mortalità a 6 mesi dei pazienti sottoposti a emodialisi.

cohen

Variabili associate ad un aumentato rischio di morte a 6 mesi nei pazienti prevalenti in dialisi

Variabile	HR	IC 95%
Domanda sorprendente (no vs si)	2.71	1.75 - 4.17
Albuminemia (per ogni 0.1 g < 3.5 g%)	0.27	0.15 - 0.50
Età (per ogni 10 anni oltre 16)	1.36	1.17 – 1.57
Malattia vascolare periferica (si vs no)	1.88	1.24 – 2.84
Demenza /si vs no)	2.24	1.11 – 4.48

Indice di cohen di Rita 2012



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI BIELLA

Would I be surprised if this patient died in the next year?

No

Yes

Albumin?

4.4

g/L



Age?

79

Years



Dementia?

No

Yes

Peripheral Vascular Disease?

No

Yes

Results

Estimated Survival on Hemodialysis at 6 months

78.6 %

Estimated Risk of Death on Hemodialysis at 6 months

21.4 %

Indice di Cohen di Rita 2017

https://qxmd.com/calculate/calculator_135/6-month-mortality-on-hd

6-Month Mortality on HD

Estimate 6 month mortality on dialysis using the Cohen model

Would I be surprised if this patient died in the next year?

No

Yes

Albumin?

2.37

g/L



Age?

84

Years



Dementia?

No

Yes

Peripheral Vascular Disease?

No

Yes

Results

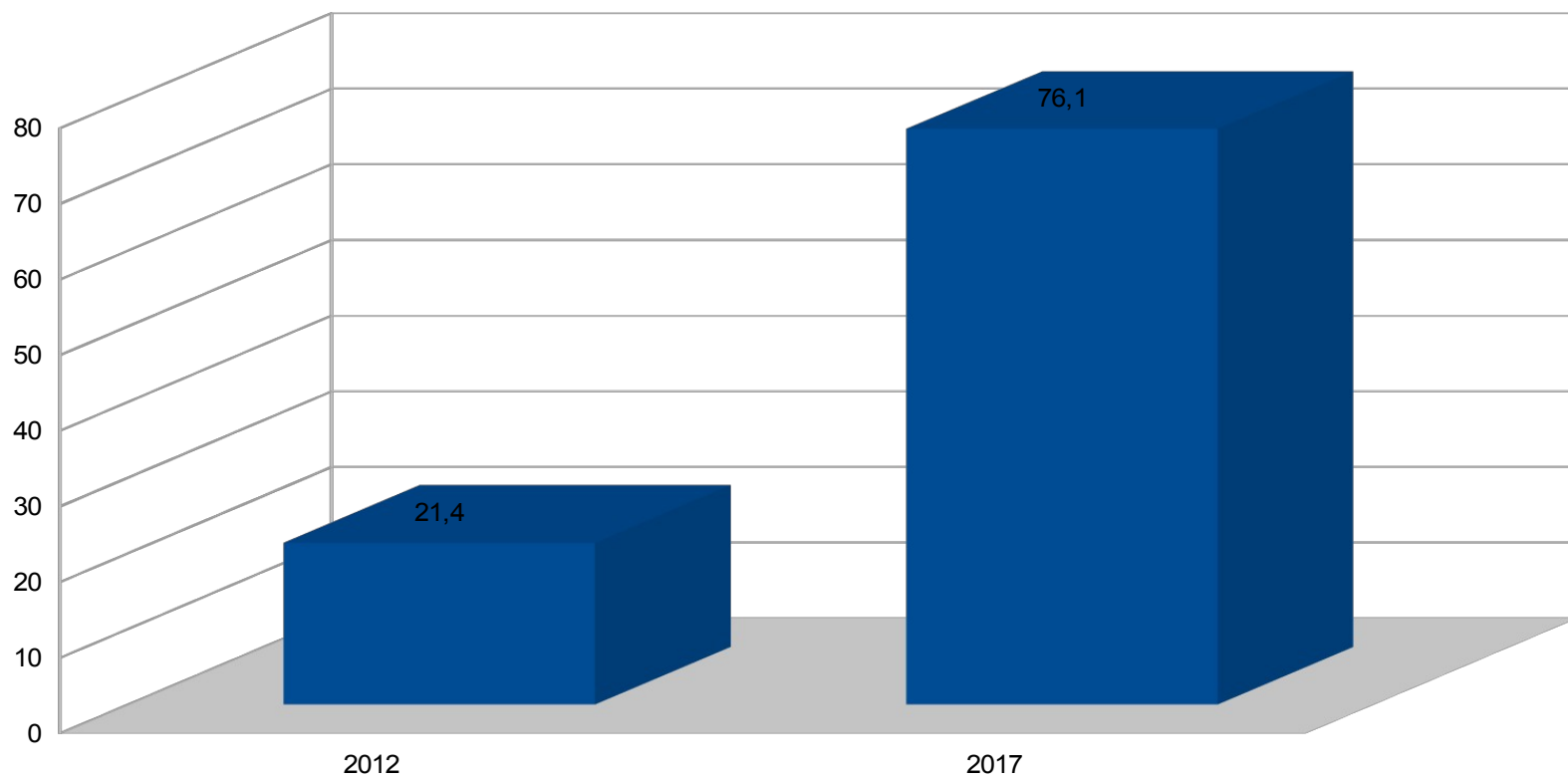
Estimated Survival on Hemodialysis at 6 months

23.9 %

Estimated Risk of Death on Hemodialysis at 6 months

76.1 %

Stima di mortalità con indice cohen



Durante il ricovero la paziente manifesta dolore elevato, punteggio 8. Soffre lo spostamento dal letto di ricovero al letto bilancia. Si lamenta durante il trattamento, la posizione allettata durante la dialisi è per lei insostenibile. Si somministrano antidolorifici prima per via endovenosa (paracetamolo) senza alcun beneficio fino ad arrivare a compresse TARGIN, ma in Rita inizia la maturazione di una soluzione ben ponderata.

**CHIEDE LA SOSPENSIONE DEL
TRATTAMENTO**

SCALA DEL DOLORE

A) scala di valutazione numerica (NRS)

Scala Unidimensionale



VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

SVANTAGGI:

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS

Il livello 3 della scala numerica è il limite ammesso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il dolore in ospedale

Ogni volta che Rita faceva il suo ingresso in dialisi non era più la signora Rita di prima. Le condizioni cliniche erano in peggioramento, non si muoveva quasi più dal letto, mangiava poco. Tutto il personale si è interrogato dando come risposta alla domanda sorprendente

NO

DOMANDA SORPRENDENTE

“Ti sorprenderesti se questo
paziente
morisse nei prossimi pochi mesi,
settimane, giorni?”

La “domanda sorprendente” è uno strumento semplice che può essere utilizzato da tutti i medici ed è stata utilizzata con successo in popolazioni di malati con patologie croniche in fase avanzata.

E da qui iniziano le riflessioni

- RITA è **convinta** a voler sospendere il trattamento
- La nipote **capisce** la richiesta della zia
- Il medico curante(marito della nipote)**non ritiene sia già necessario** il percorso con le cure palliative e **prende tempo**
- l'equipe vuole inizialmente **gestire la sintomatologia acuta** e prova di tutto:aumenta il tempo di dialisi,aumenta il numero di sedute,attiva la terapia antalgica

Il **6/11/2017** consulenza psichiatrica:”colloquio alla presenza della nipote,la paziente è lucida,non ha sintomi psicotici in atto,lamenta dolore al femore,dolore che peggiora in corso di dialisi.è favorevole all'interruzione dei trattamenti ma accetta la possibilità di ricorrere alla terapia antalgica prima di confermare la sua richiesta di sospensione.”
Viene somministrata la scheda per la valutazione del distress emotivo che ribadisce che **Rita non è depressa ma DETERMINATA**

Scheda distress

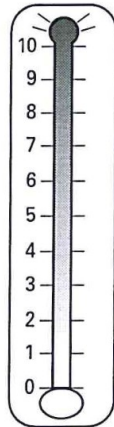
Termometro del Distress

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

Cognome e Nome: _____ Sesso **M** **F** Età _____ Diagnosi _____ Data _____

Istruzioni:

La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso



**10 = MASSIMO
DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)**

**0 = NESSUN
DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)**

La preghiamo o di indicare con una crocetta su **SI** sul **NO** se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

SI NO A. PROBLEMI PRATICI

- Problemi nella cura dei figli
- Problemi di alloggio
- Problemi economici
- Problemi scolastici/lavorativi
- Problemi di trasporto

B. PROBLEMI RELAZIONALI

- Nel rapporto con il partner
- Nel rapporto con i figli
- Nel rapporto con altri

C. PROBLEMI EMOZIONALI

- Depressione
- Paure
- Nervosismo
- Tristezza
- Preoccupazione
- Perdita di interessi nelle usuali attività

D. ASPETTI SPIRITUALI

- Problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso della esistenza)

SI NO E. PROBLEMI FISICI

- Problemi di sonno
- Dolore
- Problemi a lavarsi/vestirsi
- Nausea
- Senso di fatica e stanchezza
- Problemi a muoversi
- Problemi respiratori
- Ulcera alla bocca
- Problemi ad alimentarsi
- Difficoltà a digerire
- Stipsi
- Disturbi della minzione
- Febbre
- Secchezza della cute/prurito
- Naso chiuso o senso di secchezza
- Formicolio alle mani o ai piedi
- Senso di gonfiore
- Problemi sessuali
- Diarrea
- Problemi di memoria/concentrazione
- Problemi su come ci si deve e come si appare

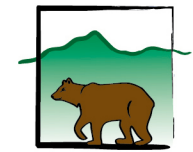
Altro: specificare _____

Utilizzo Distress

Nel 1997, il National Comprehensive Cancer Network (NCCN), riunì una commissione multidisciplinare per esaminare le preoccupazioni psicosociali dei pazienti. La commissione scoprì che “distress” era la parola migliore per rappresentare la gamma delle preoccupazioni emotive dei pazienti con esperienza di cancro senza portare lo stigma delle altre parole qualche volta usate per i sintomi emotivi e raccomandò di utilizzare una semplice domanda: **“Qual è il tuo distress in una scala da 0 a 10?”** utilizzando i punteggi di 4 o maggiore di 4 come punto da cui partire per ulteriori domande e possibile invio ad un Servizio Psicosociale.

Come si misura il Distress

Per misurare il Distress nei pazienti oncologici è stato sviluppato uno strumento semplice ed efficace, il Termometro del Distress, che misura il livello di sofferenza e le sue possibili cause (Holland et al., 2010). Attraverso questo strumento si chiede al paziente di descrivere la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana indicando un numero che va da 0 (nessun disagio emotivo – nessuno stress) a 10 (massimo disagio emotivo – massimo stress) in un termometro disegnato. Si chiede, inoltre, di indicare con una crocetta sì/ no se i problemi elencati in una lista (Problem List) e raggruppati in 5 categorie, che sono emersi nell'ultima settimana. Le categorie individuate sono: problemi pratici (es. nella cura dei figli, di alloggio, economici, ecc.); problemi relazionali (es. nel rapporto con il partner, con i figli, ecc.); problemi emozionali (es. depressione, paure, ecc.); aspetti spirituali; problemi fisici (es. dolore, nausea, ecc.).



Rita, alla luce di quanto fin ora
presentato, può sospendere il
trattamento dialitico come desidera?
può essere accompagnata ad un
percorso di fine vita condiviso con
l'equipe di cure palliative come da lei
richiesto?

INDICI	VALORI
Età ANAGRAFICA	84
Età DIALITICA	11,58
ADL	TOTALMENTE DIPENDENTE
CHARLSON	6
CHARLSON+ETà	10
DOLORE	8
DISTRESS	3
COHEN	76,1
ALBUMINA	2,37
BMI	17,1
NUMERO RICOVERI	4=64 giorni
DOMANDA SORPRENDENTE MEDICO	NO
DOMANDA SORPRENDENTE INFERMIERE	NO

**SITUAZIONE
 CLINICA
 DI
 RITA**

Viene contattata l'equipe di cure palliative.
Durante il colloquio con il palliativista Rita dimostra di aver capito e accettato le conseguenze della sua decisione. E' serena, è sicuramente supportata dalla sua fede religiosa, non ha paura della morte.

Il 17/11/2017 è la data del suo ultimo trattamento dialitico dopo 11 anni, non ha interesse a ritornare nella sua casa per cui accetta la proposta di un trasferimento all' **Hospice** sito all'interno dell'Ospedale di Biella

IL **21/11/2017** all'ingresso del ricovero in Hospice vengono somministrate altre scale di valutazione:

- **SDS** (symptom distress scale) dove la paziente riferisce di non aver dolore e di non aver nausea
- **KARNOFSKY PUNTEGGIO 30** (indicazione al ricovero o ospedalizzazione a domicilio con supporto sanitario molto intenso)
- **VALUTAZIONE DI BRADEN** punteggio 15 (paziente a rischio)

In hospice Rita viene accolta dal personale medico e infermieristico, l'approccio è completamente diverso, non ci sono più tecniche invasive, non ci sono più orari prestabiliti per alzarsi o fare medicazioni e tutto ruota sul comfort della paziente e della sua famiglia.

Nelle note medico infermieristiche compare più volte la dicitura "PAZIENTE VIGILE E ORIENTATA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DELLA SCELTA DI SOSPENDERE LA DIALISI, RIFERISCE DI SENTIRSI SERENA PER LA PROPRIA DECISIONE"

Il **28/11/2017** richiede un parrucchiera per farsi la piega, l'appetito in questi giorni è addirittura aumentato

Nei giorni successivi Rita è in compagnia di una badante e nelle ore diurne della nipote, è sempre vigile e orientata, inizia ad essere più sonnolenta ma risvegliabile, risponde a domande semplici e si alimenta poco

il **2/12/2017** durante la visita del palliativista accetta di ricevere la sedazione ma solo a fronte di sintomi tipo edema polmonare e non altrimenti

il **3/12/2018** accusa forte dispnea e nausea, si inizia terapia con morfina, smette di alimentarsi e di assumere liquidi, sembra rasserenarsi in presenza della nipote che rimane con lei anche di notte

4/12/2017 Rita è soporosa, viso rilassato, sembra percepire ancora gli stimoli. Nella notte episodi di agitazione, ha gli occhi aperti ma pare assente, chiede aiuto confabulando, non sembra aver dolore il viso è disteso.

alle ore 1.00 del giorno 5/12/2017, dopo 18 giorni senza dialisi Rita muore serenamente vicino a sua nipote

Riflessione



La storia di Rita è **antecedente** alla legge del 22 dicembre 2017, n. 219 recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Il provvedimento – si legge nell’art. 1 – «tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata**, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge».

Da un punto di vista penalistico, si segnala quanto previsto dal comma 6 dell’art. 1 (relativo al consenso informato), secondo cui «**il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo** e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.

Crediamo di aver fatto un buon lavoro di equipe nella gestione di questo caso ma se fosse successo nel 2018 ci sarebbero state differenze?