



Dichiarazioni o Direttive Anticipate di Trattamento Sanitario ? Seminario

Padova – 24 giugno 2015

Le dichiarazioni anticipate di trattamento nel Codice di Deontologia Medica

G. Leoni
VicePresidente OMCeO Ve

UN PROBLEMA DELLA MEDICINA: IL CLINICO, OGGI, FRA PERSONA E MOLECOLE

Il medico non ha a che fare soltanto con un circuito elettrico , sia pure estremamente complesso, ma con con un suo simile, con una *persona* che vive, spera, progetta, ama, si dispera, detesta, esattamente come lui.

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia

10/3/2015 - Albo Medici 3807 - Albo Odontoiatri 762

Singola iscrizione 344 Doppia iscrizione 418

OMCeO
NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA
01.15

Maurizio Scasola
è il nuovo vice Presidente
della Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri



OMCeO Venezia
Unione Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

CONGRESSO: "Le realtà prospettiche la Salute" Venezia 4/9/2015

News in evidenza

- La consulenza video dell'Erpam apprende anche a Venezia**
- Responsabilità patrimoniale, Scasola a Repubblica: "Siamo sul punto di guerra"**

Eventi e Congressi

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia

Cos'è l'Ordine

Le professioni di medico-chirurgo e di odontoiatra rientrano tra le professioni intellettuali c.d. “protette” per le quali la legge richiede la speciale abilitazione dello Stato e l’iscrizione in uno specifico Albo.

Il loro esercizio è sottoposto a precise condizioni, per la rilevanza sociale e la specificità delle competenze necessarie, che lo Stato vuole garantire ai cittadini nell’ambito della “pubblica necessità”.

L’Ordine professionale è stato quindi costituito con legge dello Stato come

“Ente con l’attribuzione di specifiche competenze” per garantire:

il corretto esercizio della professione dei soggetti in possesso dei requisiti voluti dalla legge,

il controllo della correttezza comportamentale del professionista nei confronti dei cittadini, e a tutela del decoro della professione.

L'Ordine è retto da un Consiglio Direttivo che viene eletto ogni 3 anni dalla assemblea degli Iscritti.

Il Presidente ha la rappresentanza legale dell'Ordine.

Competenze

compilare, tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;

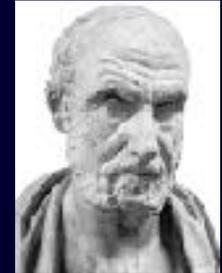
vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine

promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;

dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;

Il **codice di deontologia medica** è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, **vincolanti** per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.

Il moderno giuramento professionale prende le mosse dal cosiddetto Giuramento di Ippocrate, il primo testo deontologico della storia della medicina.



Il rispetto della vita e della dignità del malato, la perizia e la diligenza nell'esercizio della professione: questi solo alcuni dei doveri che ogni medico deve rispettare.

Deontologia e medicina

- “mai come oggi, nella tormentata e contraddittoria epoca che stiamo vivendo vi è stato tanto **bisogno di deontologia**”
- “**Il bisogno di deontologia e di codici deontologici, cresce di pari passo con il progressivo venir meno di un’etica unanimemente condivisa**”

*BUSNELLI F.D., Prefazione, in FINESCHI V. (a cura di), Il codice di deontologia medica,
Giuffrè, 1996*

I principi dell' etica medica

- **Non maleficità** : non fare il male
- **Giustizia** : trattare gli uguali come uguali
- **Autonomia** : rispettare la volontà del “paziente”
- **Beneficità** : fare il bene del “paziente”

Il bene del paziente

- **Il bene biomedico:** il bene clinico, riferito solo agli aspetti strettamente biologici
- **Il bene soggettivo:** la percezione da parte del paziente del proprio bene nel momento e nelle circostanze particolari
- **Il bene del paziente in quanto persona,** il bene che corrisponde all'insieme dei bisogni della persona
- **Il bene ultimo:** il bene a cui il paziente dà il valore supremo, quello che ha il significato più importante per lui

**IL MEDICO E' TENUTO A PROMUOVERE IL PIU' POSSIBILE OGNUNO DI QUESTI
4 SIGNIFICATI DEL BENE**

E. Pellegrino - D. Thomasma, "Per il bene del paziente", Paoline Milano 1992

Scopi della medicina di costruzione sociale

- con il cambiare delle epoche e delle culture cambiano notevolmente anche la natura della medicina e i suoi scopi
- di conseguenza, anche le **conoscenze e le abilità necessarie** nella pratica della medicina, **si modificano** nel tempo in base a cambiamenti della società

Quale futuro per la deontologia medica?

Il destino di questa disciplina è comunque legato alla capacità che gli organismi professionali saranno in grado di dimostrare nella scelta degli scopi professionali e nella valutazione critica delle esigenze manifestate dalla società. In altre parole il suo ruolo sarà tanto più rilevante quanto maggiore sarà stata la capacità di definire con reciproca soddisfazione i rapporti fra medicina e società. In questa prospettiva a me piace immaginare i codici deontologici proprio come un patto tra medicina e società. Un patto che non può fare a meno di considerare la millenaria tradizione della professione, ma che deve essere in grado di guardare con apertura ai cambiamenti in atto.

M. Oppes, Medicina e Morale, 2005, pag. 399-408

PRIMI CODICI PROVINCIALI

- 1897, Istria
- 1900, Trento
- 1903, Sassari

PRIMI CODICI NAZIONALI

- 1924, FOM (1912)
- 1935-1937, Confederazione fascista dei Sindacati medici (1935)

CODICI NAZIONALI DELLA STORIA REPUBBLICANA

- 1958 (“Codice Frugoni”), FNOM (1946)
- 1978, FNOM
- 1989, FNOMCeO (1985)
- 1995, FNOMCeO
- 1998, FNOMCeO
- 2006, FNOMCeO
- 2014, FNOMCeO

IL PRIMO CODICE DEONTOLOGICO NAZIONALE

Codice deontologico dell'Ordine di Torino, 1947

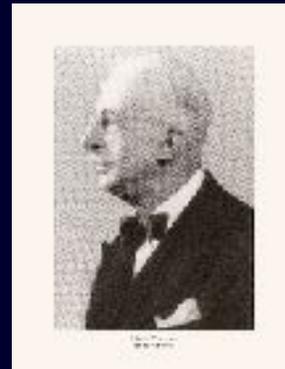
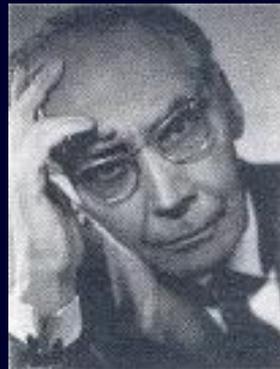
(Presidente: Stefano Perrier)

Schema per il Codice deontologico dell'Ordine di Bari, 1952

(Presidente: Vincenzo Bonomo)

1954: PUBBLICAZIONE dei due documenti *su Federazione Medica*

1958: "CODICE FRUGONI" (FNOM, Presidente: **Raffaele Chiarolanza**)



Codice di deontologia medica 1978

FNOM

Presidente: Eolo Parodi



Ambivalente tra

CONSERVAZIONE DELLO *STATUS QUO*

Difesa dell'indipendenza professionale e introduzione della “clausola di coscienza”

NUOVE APERTURE

Inizio vita: IVG e obiezione di coscienza

Fine vita

Codice di deontologia medica

1989



FNOMCeO (dal 1985)

Presidente: Eolo Parodi



- **Informazione e consenso**

- Nuovi temi bioetici: trapianti, RMA

- Particolare attenzione alla medicina dello sport (Bruno Baruchello, Presidente OMCeO Vicenza e della Commissione Deontologica FNOMCeO)

Codice di deontologia medica 1995

FNOMCeO

Presidente: Danilo Poggiolini



- **Divieto di accanimento terapeutico**
- **Introduzione dell'espressione "consenso informato" e del dovere di rispettare il dissenso**
- **Scompare il "privilegio informativo", pur con l'opportunità di "attenuare" l'informazione, fornendola «con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza»**

Codice di deontologia medica 1998

FNOMCeO

Presidente: Aldo Pagni



- Il termine “**paziente**” viene sostituito con quello di “**cittadino**”
- Sviluppo ed estensione degli articoli sul **consenso informato**; introduzione delle **volontà anticipate di trattamento**; dovere del medico di tener conto della **volontà espressa dal minore o dall’infermo di mente (Convenzione di Oviedo, 1997)**
- **Segreto professionale** in linea con la **Legge sulla *privacy* (675/1996)**
- **Prescrizione e trattamenti**: necessità di una diagnosi circostanziata, in linea con la normativa “contro” la **terapia Di Bella (23/1998)**
- Introduzione del concetto di “**uso appropriato delle risorse**” come declinazione del **principio di giustizia ed equità**
- Divieto di **pratiche non convenzionali** fuori dall’«esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico»

Codice di deontologia medica 2006

FNOMCeO

Presidente: Amedeo Bianco



- Ricezione della normativa sulla RMA (Legge 40/2004)
- Potenziamento norma sull'educazione alla salute e il rapporto con l'ambiente
- Ricezione circa il trattamento dei dati sensibili (Decreto Legislativo 135/1999)
- Introduzione del concetto di "rischio clinico"
- Sostituzione dei termini "clausola o cautela di coscienza" con quelli di "autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica"
- **Introduzione della figura dell'amministratore di sostegno (Legge 6/2004)**
- **"Direttive" (non più "volontà") precedentemente espresse, «in modo certo e documentato», ma sempre non vincolanti**
- Introduzione del dovere di promuovere l'informazione e la cultura sui trapianti (Legge 91/1999)

Nuovo Codice di deontologia medica - Torino, 18 maggio 2014



Da sinistra: Luigi Conte, Roberta Chersevani, Amedeo Bianco, Giuseppe Renzo

Organismo di consultazione
in ambito deontologico per:

- Presidente FNOMCeO
- Comitato Centrale
- Consiglio Nazionale

COMPONENTI

20 medici, 6 odontoiatri, 4 esperti

COORDINATORI

Roberta Chersevani (Coordinatore) Antonio Panti
G. Valerio Brucoli (Vice-Coordinatore) Daniele Passerini

Bruno Ravera

Maurizio Scassola

Ugo Trucco

COMPONENTI MEDICI

Franco Alberton

Antonella Agnello

Salvatore Amato

Maria Antonella Arras

Antonella Bulfone

Antonio D'Avanzo

Stefano Falcinelli

Maurizio Grossi

Enrico Lanciotti

Giuseppe Lavra

Giuseppe Miserotti

Pierantonio Muzzetto

Rita Nonnis

Aristide Paci

COMPONENTI ODONTOIATRI

Pierpaolo Barchiesi

Giorgio Berchicci

Cristian Intini

Albina Latini

Alexander Peirano

ESPERTI

Mauro Barni

Gianfranco Iadecola

Aldo Pagni

Sara Patuzzo

La bozza del nuovo Codice di deontologia medica



PERCORSO DI SVILUPPO

(inizio: settembre 2012)

- 1) **PRIMA BOZZA:** Comitato Centrale, 16.03.2013
Periodo di osservazione degli Ordini provinciali: 15.04.2013-15.09.2013

- 2) **SECONDA BOZZA:** Comitato Centrale, 07.02.2014
Periodo di osservazione degli Ordini provinciali: 03.03.2014-15.04.2014

34 Ordini Provinciali

La bozza del nuovo Codice di deontologia medica

PERCORSO DI SVILUPPO

1) **SECONDA BOZZA:** Torino 5 Aprile 2014

- Audizioni Organizzazioni sindacali (20)
- Società scientifiche (21)
- Associazioni di pazienti e cittadini
- Associazioni di bioetica (5)

La bozza del nuovo Codice di deontologia medica

PERCORSO DI SVILUPPO

(inizio: settembre 2012)

2) **SECONDA BOZZA:** Roma 17 Aprile 2014

- Associazioni a tutela dei malati
 - Associazioni di Consumatori
- Associazioni religiose

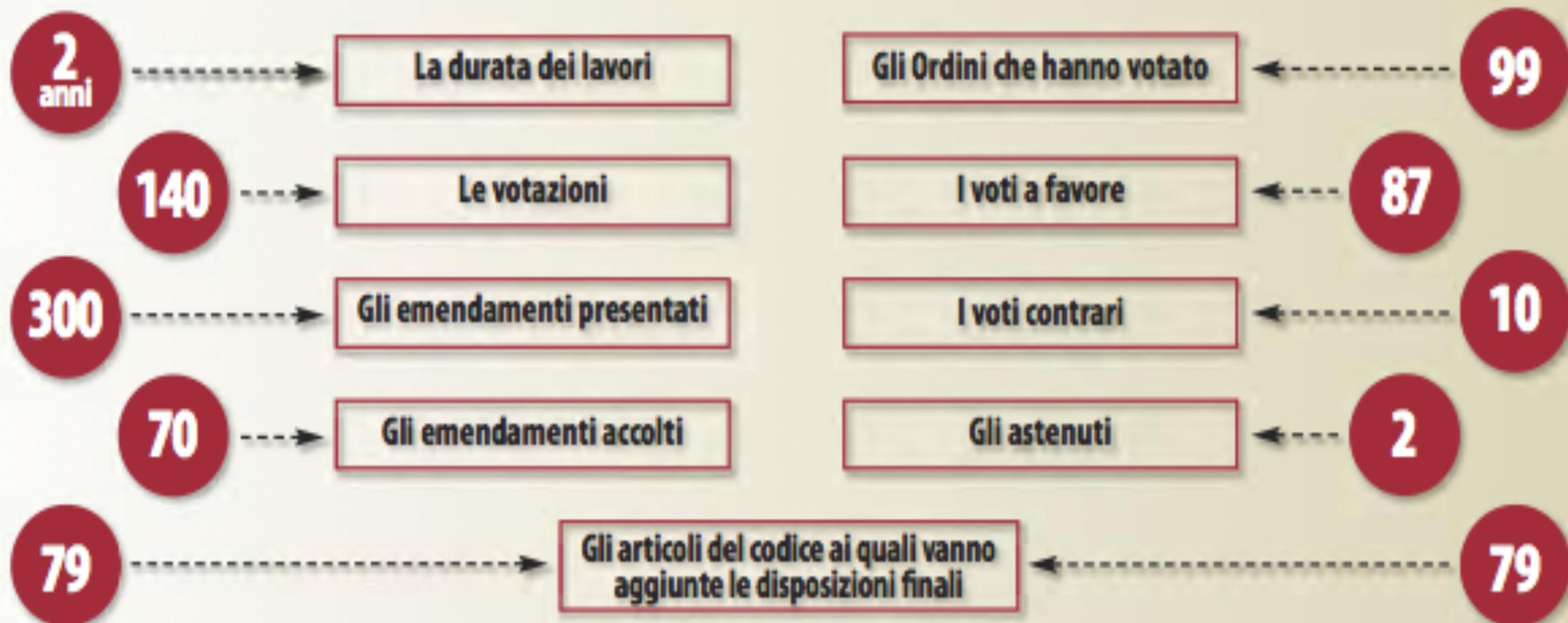
FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

18 Maggio 2014

I NUMERI DEL CODICE



Proporzione delle cure/Consenso/DAT

Art. 16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dalla persona assistita o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure,

non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriato

ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

#: variazioni dal CDM 2006

- eliminata l' espressione “accanimento terapeutico”, contenuta nel titolo precedente
- esplicitati meglio i **doveri di non intraprendere né insistere** in interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati (nella versione precedente astenersi dall' ostinazione....)
- **la proporzionalità delle cure** è uno degli aspetti problematici della medicina, nei quali l' etica può dare un contributo importante.
- “**tenendo conto**” delle volontà espresse in precedenza, che comunque **non assumono carattere vincolante** (come vedremo nell' art. 38)
- nel prosieguo viene sottolineata l' importanza del **controllo efficace del dolore** e precisato che il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso comportamenti finalizzati a provocare la morte.

Art. 17 Atti finalizzati a provocare la morte

Il medico, anche su richiesta della persona assistita, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

#: art. 17 CDM 2006 titolava “Eutanasia”

Art. 20 Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla **reciproca fiducia**, sul **mutuo rispetto** dei valori e dei diritti e su un'**informazione comprensibile e completa**, considerando il **tempo** della comunicazione quale tempo di cura.

Art. 33 informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, **senza escludere elementi di speranza.**

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e **la volontà della persona assistita di non essere informata** o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale

Art. 35 Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed **esclusiva competenza del medico**, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue attività in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dal ordinamento del Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.

Art. 36 Assistenza d'urgenza e di emergenza

Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o **tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.**

Art. 38 Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

Le dichiarazioni anticipate di trattamento comprovano la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Art. 38 Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Art. 38 Dichiarazioni anticipate di trattamento

#:

- l' articolo del codice 2006 prevedeva che il medico **deve attenersi** alle volontà precedentemente espresse,
- **l' art. 38 CDM 2014 prevede che il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate, esse però non hanno carattere vincolante per il medico, come già espresso nell' art. 16 (in accordo con l'art. 9 della convenzione di Oviedo del 1997)**

Art. 39 Assistenza alla persona con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla **sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze** tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali **finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.**

Art. 39 Assistenza alla persona con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

#:

vengono ripresi e ribaditi concetti espressi negli articoli precedenti:

il dovere di continuare ad assistere, di sedare il dolore e portare sollievo alla sofferenza,

di trattamenti di sostegno delle **funzioni vitali finchè ritenuti proporzionati**,

tenendo conto delle dichiarazioni anticipate, secondo la visione dell'etica dell'

accompagnamento nelle cure palliative.

Art. 53 Rifiuto consapevole di alimentarsi

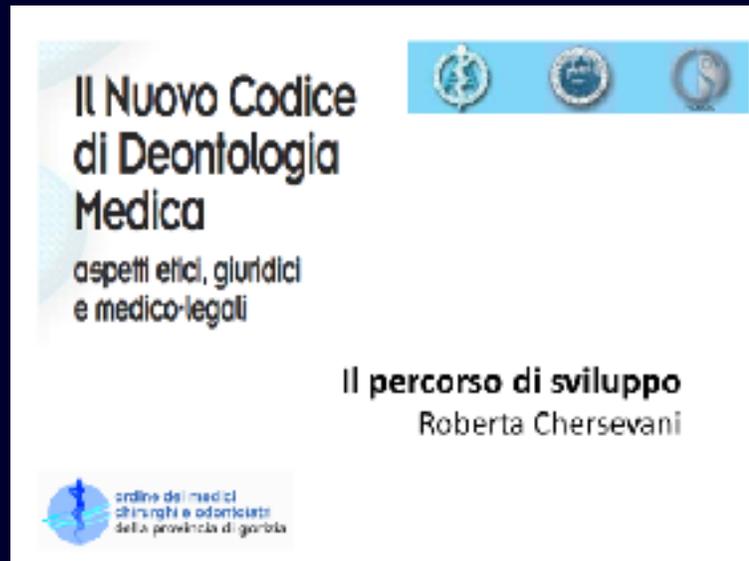
Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute,

ne documenta la volontà e continua l'assistenza,

non assumendo iniziative costrittive

né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

Bibliografia



Grazie della vostra attenzione



LA SCUOLA GRANDE
DI SAN MARCO
Arte e Storia

