

RELAZIONE DEL GRUPPO TECNICO

– CASO SIG.RA

Treviso,

In data _____, la sig.ra _____ sottoscriveva formale richiesta al Direttore Generale dell'Azienda ULSS 2 per "attivare con urgenza la procedura prevista per l'accesso legale all'aiuto al suicidio ai sensi della Sentenza n. 242/19 della Corte Costituzionale"

In data _____, durante la seduta di insediamento del Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC), è stato presentato ed approvato un Protocollo Operativo che prevede, in questi casi, la costituzione di un tavolo tecnico appositamente costituito. Nel medesimo incontro il Direttore _____, ha incaricato il Direttore _____, dr. _____, di procedere all'individuazione e alla nomina dei professionisti per il tavolo tecnico suddetto.

Il Direttore Sanitario procedeva quindi ad individuare i componenti del tavolo tecnico e a convocarli in data _____ alle ore _____. Il tavolo tecnico è un gruppo multidisciplinare e multispecialistico ed è così costituito:

Dr.ssa _____ – specialista in _____ Dirigente Medico
di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – Distretto

Dr. _____ – _____, Direttore

Dr.ssa _____ – Oncologa, Direttore

Dr.ssa _____ - Medico di Medicina Generale

Dr.ssa _____ – Palliativista,

Durante l'incontro il Direttore Sanitario procedeva a illustrare il caso della sig. _____ Successivamente veniva data la parola alla dr.ssa _____ e alla dr.ssa _____ che, a loro volta, illustravano la situazione clinica della richiedente.

Dopo ampia discussione si concordava che era necessario procedere ad ulteriori approfondimenti: da parte di uno psichiatra e da parte di un medico palliativista. In particolare si ritiene fondamentale offrire alla signora una proposta di presa in carico da parte della _____ al fine di ottemperare a quanto espresso dal _____ (Prot. della Regione Veneto

_____): "Si raccomanda, in ogni caso, alle Aziende sanitarie, di rafforzare la rete delle cure palliative, assicurandone la piena efficienza e l'equità di accesso in tutto il territorio. Le cure palliative vanno promosse come opzione realmente disponibile, in tutti i territori e per tutte le persone".

L'incontro si concludeva chiedendo al Medico di Medicina Generale curante e al Medico oncologo curante di produrre una relazione clinica sulla Sig.ra

, in attesa di ricevere gli esiti della relazione dello psichiatra e del palliativista.

RELAZIONI

La dr.ssa _____, Medico _____ della Sig.ra _____, riporta nella relazione del _____ (in allegato), che *“la Signora risulta vigile, lucida, collaborante, orientata S/T, adeguata al contesto. Autonoma per quanto concerne la deambulazione, la vestizione, l’igiene, la preparazione dei pasti e l’alimentazione. Abita con il marito, che funge da care giver ove necessario”*.

Nella relazione della dr.ssa _____ Direttore _____ Tumori _____ (in allegato), si riporta:

_____ : LNH follicolare grado II sec. REAL, plurirecidivo (3 recidive, ultima recidiva nel 2002, stadio IVA), trattato con CT e immunoterapia (rituximab) non eseguita RT.

Mastectomia e linfadenectomia ascellare destra per carcinoma duttale infiltrate con successiva RT su parete toracica e stazioni linfonodali dx e ormonoterapia, Arrimidex (terminata nel 2017).

Tiroidectomia totale → carcinoma tiroideo scarsamente differenziato con componente anaplastica. Stadio pT4b pN1a.

_____ 1° terapia radiometabolica con ¹³¹I (150mCi)

_____ esegue RTE sul collo e mediastino (tot 70 Gy/35 F)

TC torace-> formazione nodulare solida di 10 mm al lobo inferiore sn.

Esegue Cyber Knife su nodo polmonare inferiore sn

Nefrectomia dx -> El: localizzazione renale i cui caratteri non contrastano con l'origine tiroidea.

Asportazione della lesione lombare sn -> neoplasia maligna i cui caratteri sono coerenti con origine tiroidea.

TC TB-> lesione cerebrale a livello temporale sn; in sede foraminale dx C1-C2 .

Lesione compatibile con neurinoma cervicale; lesione nodulare solida di 12 mm a ridosso della fascia renale posteriore sn.

radiochirurgia su lesione temporale sin (20 Gy/1F)

TAC e PET-TC -> 2 lesioni addominali a sin

TC TB ->PD

INIZIA Lenvatinib 14 mg -> Risposta parziale

Presenta tuttavia come collateralità: astenia G1, tachicardia G1, proteinuria G1

passa a Lenvatinib 10 mg (lo esegue per più di 2 anni)

TC TB con mdc: Nei confronti del precedente esame del comparso ampio sovertimento strutturale della XI costa sinistra, con tessuto esteso per circa 4 cm. El: metastasi di carcinoma scarsamente differenziato della tiroide.

rimozione protesi mammaria dx per dislocazione e asportazione di nodulo sottocutaneo dx, negativo.

RMN encefalo: rispetto al lieve incremento volumetrico neurinoma in sede foraminale dx in C1-2. Visita neurochirurgica: non indicazioni a chirurgia.

TC TB con mdc: PD encefalica (Nei confronti del precedente esame del comparse lesioni focale in sede parietale sinistra cortico-subcorticale con ampio edema perilesionale. Diversi aspetti micronodulari in corrispondenza della grande e piccola scissura di destra e piccola falda liquida pleurica sempre a destra. Persiste l'ampio sovvertimento strutturale della XI costa sinistra, con tessuto extraosseo che appare ingrandito ora di circa 63 x 18 mm).

Sospende terapia con Lenvatinib.

RMN encefalo: lesione secondaria edemigena temporo-parietale sinistra di 2 cm con impianto durale (probabile radionecrosi). Invariata la lesione posteriore a C2NON indicata radioterapia encefalica inizia terapia con Cabozantinib.

alla RM con mdc eseguita in data : nei confronti del precedente esame de' netta riduzione dell'edema perilesionale e dell'effetto massa della nota lesione secondaria localizzata in sede cortico-sottocorticale parietale sinistra: sostanzialmente invariata per dimensioni. Non comparse nuove lesioni secondarie. Stabile, ai limiti inferiori del campo di studio, la lesione secondaria foraminale destra a livello C1 e C2.

richiesta profilazione molecolare: richiesto RET, MMR, NTRK su materiale istologico.

La paziente appare in discrete condizioni fisiche, lamenta tremore importante alle mani già presente da anni. Performance status: Karnofsky 60; ECOG 2, altezza 157 cm peso 56 Kg.

Non eseguita valutazione psicologica.”

La sig.ra è tutt'oggi seguita dall'.

Il la dr.ssa , Direttore , e la dr.ssa , Psicologo inviano la relazione (in allegato) riferita all'incontro con la sig.ra del

“...La sig.ra appare consapevole circa la natura della sua malattia e durante il colloquio narra la sua storia clinica accompagnando tale narrazione da un vissuto emotivo di fatica psicologica....

Viene pertanto offerto un percorso palliativo indicando l'assistenza domiciliare come già attivabile.

Si spiega anche la possibilità di effettuare la sedazione palliativa come alternativa alla morte medicalmente assistita.

Tali proposte vengono, allo stato attuale, rifiutate e in particolare l'assistenza domiciliare vissuta come “intrusione” nella propria routine quotidiana....

La paziente rivendica quindi la libertà di decidere rispetto alle modalità e alle circostanze del percorso da intraprendere verso la fine della propria vita....Chiede un aiuto che valga a sottrarla dal decorso previsto dalle cure palliative che viene percepito come non pienamente in linea con la propria idea di morte dignitosa.”

Il dr. _____ Direttore _____
_____, incontra la sig.ra _____ per una valutazione il
(l'appuntamento fissato per _____ è stato posticipato per
indisposizione della Signora), nella relazione del _____ (in allegato)
conclude:

“in relazione al quesito specifico posto riguardo la richiesta di suicidio assistito, si ritiene che la sig.ra _____ non presenti al momento perturbazioni dei processi psichici, intellettivi e volitivi tali da inficiarne la validità.

Ed in particolare:

- *è in grado di comprendere il significato di un atto e di interpretarne correttamente i termini sostanziali e formali specifici*
- *è adeguata e coerente nel motivare e giustificare le sue volontà*
- *è obiettiva, precisa e critica nel confermare le sue decisioni*

La sig.a _____ è una persona autonoma che anche per decisioni vitali è in grado di riconoscere la sua situazione (capacità di discernere) e di trarne possibili conseguenze (capacità di riconoscere e valutare la situazione) per realizzare, come da propria volontà, la decisione presa senza essere influenzato da terzi (forza di volontà e forza di formazione).

La volontà di formazione non è condizionata né da medicine né da malattie/stress psichici.”

RIFERIMENTI NORMATIVI

I riferimenti normativi cui fare riferimento sono:

Costituzione Italiana (artt. 2, 13 e 32);

Legge 22 dicembre 2017, n° 2019;

Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 18 luglio 2019;

Parere del Comitato Regionale per la Bioetica del 26 luglio 2022.

Sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale che affida alle Strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale la verifica delle condizioni del richiedente che rendono legittimo l'aiuto al suicidio;

Le condizioni, sinteticamente, sono le seguenti:

- dipendenza da trattamenti di sostegno vitale
- patologia irreversibile,
- grave sofferenza fisica o psicologica,
- capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

Protocollo Operativo Aziendale approvato dal Comitato Etico per la Pratica Clinica nella seduta

CONCLUSIONI

I componenti del tavolo tecnico si ritrovano mercoledì alle ore per esaminare la documentazione pervenuta e discutere collegialmente il caso della signora Sono presenti:

Dr.ssa , – specialista , Dirigente Medico di Direzione – Distretto di ,

Dr. _____ – Direttore

Dr.ssa _____ - Medico

Dr.ssa _____ – Direttore

Dr.ssa _____ – Psicologo

Dr. _____ - Direttore

Presiede il Direttore _____ dr.

Preso visione della richiesta della paziente, valutate le norme di riferimento citate e la sentenza n° 242 della Corte Costituzionale pubblicata in GU 27 novembre 2019, considerate le certificazioni e relazioni mediche acquisite, si rileva quanto segue:

- in data _____ la paziente ha compilato, e successivamente depositato nel Comune di residenza, un modulo prestampato relativo alle proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento nel quale sono riportate alcune disposizioni generali da rispettare in caso di “condizione di malattia giudicata irreversibile associata a grave disturbo cognitivo...” e nomina come proprio fiduciario il marito con il compito di rappresentarla in caso di incapacità;
- la signora ha rifiutato, attualmente, la proposta delle Cure Palliative (vedasi relazione dott.ssa _____).
- la citata sentenza 242 della Corte Costituzionale ha precisato che il richiedente l'aiuto al suicidio debba presentare le seguenti condizioni:
 1. dipendenza da trattamenti di sostegno vitale;
 2. patologia irreversibile;

La paziente è affetta da patologia irreversibile, presenta carcinoma indifferenziato della tiroide, con componente anaplastica metastatico a percorso irreversibile, prognosi infausta; (cfr.: relazione della dr.ssa _____ Direttore _____)

3. GRAVE SOFFERENZA FISICA O PSICOLOGICA.

Dai colloqui con la signora condotti dai professionisti interessati si evince come la grave sofferenza psicologica della signora sia attuale e inoltre sarebbe inevitabilmente acuita qualora la sua percezione di scadimento della qualità di vita, già attualmente percepita come "bassa", aumentasse in una prospettiva futura.

La relazione congiunta del _____ relativa al colloquio con la paziente del _____ delle dott.sse _____

Direttore _____ e _____ Psicologo presso _____

“...La sig.ra appare consapevole circa la natura della sua malattia e durante il colloquio narra la sua storia clinica accompagnando tale narrazione da un vissuto emotivo di fatica psicologica... Viene pertanto offerto un percorso palliativo indicando l'assistenza domiciliare come già attivabile.

Si spiega anche la possibilità di effettuare la sedazione palliativa come alternativa alla morte medicalmente assistita”.

La relazione della dr.ssa _____, Direttore _____, del _____ evidenzia

anche una sofferenza fisica quando riporta: "la paziente appare in discrete condizioni fisiche, lamenta tremore importante alle mani già presente da anni. Performance status: Karnofsky 60; ECOG 2";

4. CAPACE DI PRENDERE DECISIONI LIBERE E CONSAPEVOLE

Vedi relazione della dr.ssa [redacted] Medico r.
"risulta vigile, lucida, collaborante, orientata S/T, adeguata al contesto"

Vedi relazione congiunta del [redacted] delle dott.sse
Direttore [redacted] e
Psicologo [redacted]

Vedi relazione [redacted] del dr. [redacted] Direttore

In conclusione, in relazione al quesito specifico posto riguardo la richiesta di suicidio assistito, si ritiene che la sig.ra [redacted] non presenti al momento perturbazioni dei processi psichici, intellettivi e volitivi tali da inficiarne la validità.

Ed in particolare:

- è in grado di comprendere il significato di un atto e di interpretarne correttamente i termini sostanziali e formali specifici
- è adeguata e coerente nel motivare e giustificare le sue volontà
- è obiettiva, precisa e critica nel confermare le sue decisioni

La sig.a è una persona autonoma che anche per decisioni vitali è in grado di riconoscere la sua situazione (capacità di discernere) e di trarne possibili conseguenze (capacità di riconoscere e valutare la situazione) per realizzare, come da propria volontà, la decisione presa senza essere influenzato da terzi (forza di volontà e forza di formazione).

La volontà di formazione non è condizionata né da medicine né da malattie/stress psichici).”

Pertanto il Gruppo Multispecialistico ritiene che al momento siano soddisfatte tutte le condizioni elencate nella citata sentenza.

Dai colloqui intercorsi e dalle valutazioni emerge che il luogo più idoneo dove eseguire una eventuale procedura di aiuto sia il domicilio della sig.

Si rimanda ad ulteriori specialisti per le modalità tecniche di esecuzione e ad ulteriori necessarie valutazioni in merito agli aspetti organizzativi nonché deontologici del caso.

Rimangono altresì pienamente valide le Disposizioni Anticipate di Trattamento e quanto ne consegue, in particolare per il ruolo del fiduciario individuato, ai sensi della Legge n. 219 del 2017.

Dr.ssa

Dr.

Dr.ssa

Dr.ssa

Dr.ssa

Dr.

Il Direttore