Pianificazione condivisa del percorso di cura con il/la rappresentante

Documentazione dei desideri e della volontà presunta di una persona non più in grado di decidere

Assistito/a _____ nato/a il _____

Nel contesto della pianificazione condivisa del percorso di cura viene fornita un'ampia informazione ai/alle rappresentanti e/o ai familiari. La persona assistita, nonostante eventuali limitazioni, viene coinvolta per quanto possibile nel processo decisionale relativo al suo futuro. Insieme alle persone che la rappresentano o le sono vicine vengono raccolte tutte le informazioni rilevanti per individuare la volontà presunta.
Le indicazioni contenute in questo documento corrispondono pertanto al progetto di vita e alla volontà presunta della persona assistita e sono condivise dai suoi/dalle sue rappresentanti o suoi familiari e dall'équipe di cura.
La presente documentazione viene inserita nella cartella clinica. In una futura situazione critica, i medici curanti dovranno orientarsi, in accordo con il/la rappresentante, in base alla volontà presunta documentata. Qualora tale volontà sia rappresentata da una persona di fiducia designata dalla persona assistita (disposizioni anticipate di trattamento) oppure da un amministratore/un'amministratrice di sostegno, essa è giuridicamente vincolante (Legge n. 219 del 22.12.2017).
Il presente documento verrà man mano aggiornato in base a nuove acquisizioni o in caso di modifiche della situazione clinica.

Sono disponibili le disposizioni anticipate di trattamento (DAT- testamento biologico) ○ *si* ○ *no*

Fiduciario/a (nominato/a nelle DAT) (nome):	n. telefono:	firma:
		_____

L'assistito/a ha un tutore legale o amministratore/un'amministratrice di sostegno (ADS) ○ *si* ○ *no*

Tutore legale, ADS (nome):	n. telefono:	firma:
		_____

Familiari/e o persone di riferimento (nome):	n. telefono:	firma:
		_____
		_____

Diagnosi

Parere medico

situazione clinica, capacità dell'assistito/a di esprimere i propri desideri, prognosi

Valori personali e atteggiamenti nei confronti della vita, la malattia grave e la morte:

(affermazioni attuali verbali/non verbali, dichiarazioni precedenti, convinzioni, volontà presunta)

Quanto è cara la vita all' assistito/a? Quanto è importante per questa persona, a questo punto della sua vita, continuare a vivere (ancora a lungo)?

Dal punto di vista dell'assistito/a, accetterebbe un trattamento medico che prolunga la sua vita in una situazione critica? Quali sofferenze e rischi sarebbe lui/lei disposto/a ad accettare per questo?
Quali sono le preoccupazioni e paure dell`assitito/a in relazione ai futuri trattamenti medici?

Esistono circostanze in cui il prolungamento della vita non costituirebbe più un obiettivo sensato e desiderabile per l`assistito/a?

Sono note le volontà della persona assistita riguardo al fine vita (bisogni, "luogo ideale" per gli ultimi momenti, convinzioni religiose/spirituali, funerale)?
Nonché eventuali ulteriori indicazioni personali (persone importanti, preferenze, avversioni, assistenza):

Assistenza di medicina palliativa

Un'assistenza palliativa è sempre parte integrante delle cure mediche alla fine della vita e si orienta, tra l'altro, alle volontà riportate nel presente documento.

In ogni caso, è garantita un'assistenza infermieristica adeguata, in particolare la cura della bocca per prevenire la sensazione di sete, nonché interventi medici di sollievo, in particolare la somministrazione di farmaci per un efficace controllo del dolore, della dispnea, della nausea e dell'ansia o di altri sintomi disturbanti.

Eventuali note personali:

Indicazioni in caso di peggioramento dello stato di salute

Assistito/a _____ nato/a il _____

Già ora, ovvero per il caso di un **peggioramento dello stato di salute** dovuto alla/e patologia/e di base, nonché per tutte le **future situazioni di emergenza** che dovessero verificarsi, le seguenti indicazioni corrispondono alla presunta volontà della persona assistita e, nel suo interesse, devono essere prese in considerazione:

PROCEDURA NEL CASO DI ARRESTO CARDIACO

SI ● **Avvio di terapia di emergenza con rianimazione cardiopolmonare** ○ NO

OBIETTIVO TERAPEUTICO IN PEGGIORAMENTO CLINICO = Prolungare la vita - ma con le seguenti restrizioni

SI ● **Ventilazione invasiva, ev. con tracheostomia, nel caso di insufficienza respiratoria persistente** ○ NO

SI ● **Terapia renale sostitutiva (dialisi), nel caso di insufficienza renale subentrante** ○ NO

SI ● **Nutrizione artificiale tramite sonde o cateteri nel caso di disturbo grave e persistente della deglutizione** ○ NO

SI ● **Evitare qualsiasi manovra diagnostica dalla quale non siano prevedibili conseguenze terapeutiche positive**

SI ● **Nessun ricovero ospedaliero; permanenza, per quanto possibile, a domicilio o nella struttura**

OBIETTIVO TERAPEUTICO IN PEGGIORAMENTO CLINICO = Nessun intervento inteso al prolungamento della vita

SI ● **Nessuna terapia finalizzata al prolungamento della vita** ○ NO

Ulteriori disposizioni: (nonché annotazione nel caso in cui sopra non sia stata effettuata alcuna indicazione)

Data: _____ firma:

Fiduciario/a (nominato/a nelle DAT) (nome): _____ _____

Tutore/tutrice legale, amministratore/trice (nome)**:** _____ _____

Familiare o persona di riferimento (nome): _____ _____

Medico (timbro e firma): _____

Rappresentante dell' équipe di assistenza (nome e firma): _____ _____

Le indicazioni devono essere verificate regolarmente e adeguate in caso di variazione della situazione clinica.