Pianificazione Condivisa delle Cure

(legge n. 219 del 22.12.2017, art. 5)

Assistito/a _____ nato/a il _____

Nel contesto della Pianificazione Condivisa delle Cure viene fornita un'ampia informazione per quanto riguarda la situazione clinica. L`assistito/a viene così messo/a in condizione di esprimersi in modo libero e consapevole, e dopo un adeguato tempo di riflessione, riguardo alle future opzioni terapeutiche.
In conformità alle disposizioni della legge n. 219 del 22 dicembre 2017, art. 5, questa pianificazione condivisa delle cure viene inserita nella cartella clinica. I medici curanti sono tenuti, in qualsiasi situazione di cura, a rispettare le volontà qui espresse dal/dalla beneficiario/a.
Questo documento può essere revocato o modificato dall`assistito/a in qualsiasi momento.

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

Fiduciario/a

Per le questioni relative all' assistenza e alle cure (non avendo nominato un fiduciario nelle DAT / intendo modificare l`indicazione del/della fiduciario/a designato nelle DAT) ed ai fini dell`attuazione della presente Pianificazione Condivisa delle Cure, designo la seguente persona affinché possa rappresentare le mie volontà e interloquire con l`équipe sanitaria qualora io non sia più in grado di farlo personalmente:

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

Altri familiari o persone di riferimento (nome): _____ n. telefono: _____

_____ _____

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:

Quanto è felice di vivere, quanto ama la vita? Quanto è importante per Lei, a questo punto della sua vita, continuare a vivere (ancora a lungo)? Come valuta la Sua attuale situazione medica?

Lei accetterebbe trattamenti medici che prolungano la sua vita in una situazione critica? Quali sofferenze e rischi sarebbe disposto/a ad accettare per questo?
Quali sono le sue preoccupazioni e paure in relazione ai futuri trattamenti medici?

Esistono circostanze in cui il prolungamento della vita non costituirebbe più un obiettivo sensato e desiderabile per Lei?

Note e desideri 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.
Qualora, alla fine della vita, si manifestassero sintomi non altrimenti controllabili, con il consenso della persona interessata può essere avviata dal team curante anche una sedazione palliativa.

L'assistito/a (firma): _____ data:

Indicazioni in caso di peggioramento dello stato di salute

Assistito/a _____ nato/a il _____

Nel caso di un **peggioramento dello stato di salute** dovuto alla/e mia/e patologia/e di base, nonché per tutte le **future situazioni di emergenza** che dovessero verificarsi e che comportino la perdita della mia capacità di intendere e di volere,
in conformità alla mia volontà autodeterminata, dispongo quanto segue:

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)

Eventuali desideri personali e note sulle cure palliative:

L'assistito/a (firma): _____ data: _____

Fiduciario/a (firma): _____

Medico (timbro e firma): _____

Rappresentante dell'équipe (nome e firma): _____

_____

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