LA GESITONE DEL PAZIENTE ANZIANO CRITICO

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA

63° CONGRESSO NAZIONALE SIGG
Roma, 28 novembre - 1 dicembre 2018

Zani Michele

Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS, Lumezzane (BS)

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA

CHI E'?

GRAVI PROBLEMI RESPIRTORI

DIFAGICO MALNUTRITO

SCOMPENSO CARDIACO

IL NUOVO INGRESSO

TERMINALE

....

DEMENTE CON BPSD

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA

L'AREA CRITICA si caratterizza per la rapidità e la complessità di interventi atti a sostenere le funzioni vitali dell'individuo in condizioni cliniche precarie.

Il paziente critico presenta infatti condizioni tali da compromettere la sopravvivenza a breve medio termine, esso si trova in una situazione di instabilità clinica che necessità di ALTA intensità di cura, di monitoraggio continuo e dell'utilizzo di procedure invasive che ne consentono la stabilizzazione.

È doveroso in fine mettere in atto a tal fine risposte assistenziali intensive continue.

Ma tutto ciò è possibile in RSA? Oppure il paziente critico va trasferito in Ospedale?

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA

Il ricovero in ospedale del paziente anziano affetto da malattia acuta rappresenta uno degli aspetti più importanti ai quali deve rispondere l'Organizzazione Sanitaria. A fronte dell'evidenza degli effetti negativi della ospedalizzazione, negli ultimi anni si è osservato un sempre maggiore ricorso all'ospedale, ed in particolare ai servizi specialistici ad alta complessità ed intensità tecnologica. Considerazioni sia di ordine clinico ed anche di utilizzo equo delle risorse impongono oggi un'attenta riflessione riguardo l'utilizzo indiscriminato di procedure e terapie di tipo intensivo nel paziente anziano. Essendo peraltro la condizione dell'anziano più complessa e influenzata dalla polipatologia, da trattamenti medici concomitanti, dalla riduzione della funzione di organi e apparati, risulta molto difficile eseguire una accurata valutazione prognostica, volta a stabilire la più adeguata intensità di cura per il singolo paziente.

«La gestione del paziente anziano critico: attivazione di un'area di cure intermedie nel reparto di 1a Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Verona». C. Bellamoli, M. Azzini, C Bozzini, Gbisoffi, R. Rozzini G. Gerontolo 2010; 58: 21-30

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA: PERCHE'?

CHIAREZZA DI CHI CI PRENDIAMO CURA

La fragilità è un «modern geriatric giant» e un grave problema di salute pubblica nella popolazione anziana

È stata recentemente definita dall'International Association of Gerontology and Geriatrics Frailty Consensus come la condizione che aumenta la suscettibilità di una persona a una maggiore dipendenza, vulnerabilità e morte.

E. Dent et al. / JAMDA 18 (2017) 564e575

La fragilità è **una condizione associata all'invecchiamento** in cui multipli sistemi fisiologici perdono gradualmente le loro riserve intrinseche.

N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18 (2017) 898.e1e898.e8

La fragilità è una condizione in cui l'individuo si trova in uno **stato vulnerabile** con un aumentato rischio di esiti avversi per la salute quando esposto a un fattore stressante.

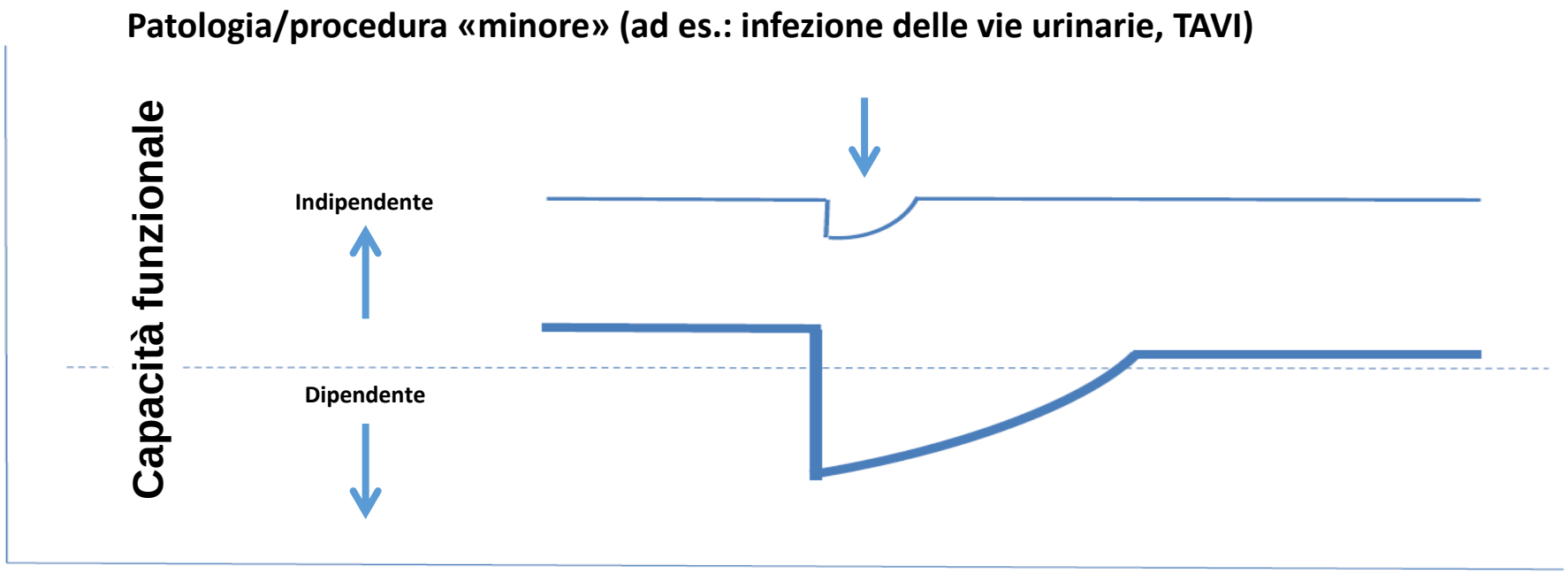
J.E. Morley et al. / JAMDA 14 (2013) 392e397

Tra gli anziani istituzionalizzati sono fragili il 20% degli uomini e l'80% delle donne.

N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18(2017)898.e1e898.e8

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA: PERCHE'?

Vulnerabilità della persona rispetto a un repentino cambio dello stato di salute conseguente a un evento acuto o una procedura minore



La linea più sottile indica la modificazione funzionale di un paziente robusto dopo un evento acuto o procedura minore, (es. un'infezione urinaria/TAVI (Impianto valvolare aortico transcatetere); la linea più larga indica il peggioramento della funzione dopo un evento analogo di un paziente fragile, che può diventare dipendente e non riuscire a ritornare al livello premorboso. La linea orizzontale tratteggiata indica il cut-off tra lo stato di indipendenza e quello di dipendenza.

Modificato da Lancet 2013; 381: 752-62

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN RSA: COME

L'ENORME PROBLEMA DELLA PROGNOSI

Previsione del decorso di una malattia e del suo esito. Essa dipende in primo luogo dalla natura della malattia, della quale siano note la mortalità, la gravità, la durata nelle varie forme descritte e in secondo luogo è influenzata dalle condizioni attuali del paziente: età, sesso, costituzione, malattie precedenti o in atto

(DIZIONARIO DELLA SALUTE CORRIERE DELLA SERA)

PERCHE' INVIAMO GLI OSPITI IN OSPDEDALE?

JAMDA 17 (2016) 256–262

ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations

CrossMark

Joseph G. Ouslander MD [a,b,*], Ilkin Naharci MD [a,c], Gabriella Engstrom PhD, RN [b], Jill Shutes GNP [a], David G. Wolf PhD, CNHA, CALA, CAS [a,d], Graig Alpert BS [e], Carolina Rojido MD [a,b], Ruth Tappen EdD, RN, FAAN [b], David Newman PhD [b]

[a] *Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL*
[b] *Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL*
[c] *Gulhane School of Medicine, Ankara, Turkey*
[d] *Barry University, Miami, FL*
[e] *Morsani College of Medicine, University of South Florida, Tampa, FL*

Ridurre i NON necessari ricoveri ospedalieri dalle case di riposo è una priorità nazionale.

NON necessarie viste e ospedalizzazioni si trasformano in numerosi test diagnostici e interventi terapeutici che NON sono sempre indicati, con un alta incidenza di eventi avversi e un eccesso di spese.

Ulteriori implicazioni si basano sul discomfort fisico e emozionale per i pazienti già vulnerabili delle case di risposo e i loro familiari.

NODI CRUCIALI

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations

Joseph G. Ouslander MD [a,b,*], Ilkin Naharci MD [a,c], Gabriella Engstrom PhD, RN [b], Jill Shutes GNP [a], David G. Wolf PhD, CNHA, CALA, CAS [a,d], Graig Alpert BS [e], Carolina Rojido MD [a,b], Ruth Tappen EdD, RN, FAAN [b], David Newman PhD [b]

Una grande varietà di programmi e di strumenti sono disponibili per assistere i professionisti per ridurre i NON necessari trasferimenti in ospedale

L'analisi delle cause principali è essenziale per identificare opportunità di sviluppo e educazione nelle organizzazioni.

L' INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfer) trova nell'analisi delle cause principali un componente chiave.

L'INTERACT QI è una valutazione retrospettiva progetta per essere eseguito dallo staff delle case di riposo.

NODI CRUCIALI

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations

Joseph G. Ouslander MD [a,b,*], Ilkin Naharci MD [a,c], Gabriella Engstrom PhD, RN [b], Jill Shutes GNP [a], David G. Wolf PhD, CNHA, CALA, CAS [a,d], Graig Alpert BS [e], Carolina Rojido MD [a,b], Ruth Tappen EdD, RN, FAAN [b], David Newman PhD [b]

Lo strumento consiste in una checkboxes con specifici items per facilitare il riassunto dei dati necessari di ordine sanitario e una raccolta di dati narrativi.

L'articolo descrive dati di più di 4800 trasferimenti in ospedale da 64 case di riposo in un periodo di 12 mesi.

NODI CRUCIALI

Root Cause Analyses of Transfers of Skilled Nursing Facility Patients to Acute Hospitals: Lessons Learned for Reducing Unnecessary Hospitalizations

Joseph G. Ouslander MD [a,b,*], Ilkin Naharci MD [a,c], Gabriella Engstrom PhD, RN [b], Jill Shutes GNP [a], David G. Wolf PhD, CNHA, CALA, CAS [a,d], Graig Alpert BS [e], Carolina Rojido MD [a,b], Ruth Tappen EdD, RN, FAAN [b], David Newman PhD [b]

SEGNI E SINTOMI CLINICI CAUSE DEL RICOVERO

Table 1
Clinical Symptoms and Signs and Other Factors Identified by SNF Staff as Reasons for Acute-Care Transfers

Factors Listed on the QI Tool	Yes n (%)
Clinical factors related to transfer	
Symptoms and signs	
Abnormal vital signs	1622 (33.4)
Altered mental status	1356 (27.9)
Shortness of breath	1132 (23.3)
Pain (uncontrolled)	901 (18.5)
Functional decline	759 (15.6)
Behavioral symptoms	733 (15.1)
Fever	587 (12.1)
Decreased food or fluid intake	567 (11.7)
Unresponsiveness	498 (10.3)
Skin wound or ulcer	407 (8.4)
Fall	392 (8.1)
Bleeding	380 (7.8)
Nausea/vomiting	345 (7.1)
Urinary incontinence	164 (3.4)
Other symptoms and signs specified on QI tool*	72 (1.5)
Other symptoms and signs not specified on QI Tool†	1585 (32.6)
No symptoms reported	353 (7.3)
Abnormal laboratory or test results	
Pulse oximetry	792 (16.3)
Low hemoglobin	424 (8.7)
Radiograph	317 (6.5)
Kidney function	214 (4.4)
Urinalysis or urine culture	191 (3.9)
Blood sugar (high)	170 (3.5)
Other abnormal laboratory or test results specified on QI tool‡	138 (2.8)
Other abnormal laboratory or test results not specified on QI tool§	296 (6.1)
No laboratory or test results reported	2957 (60.9)
Other factors contributing to transfer	
Primary care clinician decision	2505 (51.6)
Resident or family members preferred or insisted on transfer	767 (15.8)
Advance directive not in place	312 (6.4)
Other contributing factors not specified on QI tool‖	198 (4.1)
No reason for transfer checked	90 (1.9)

I PIÙ COMUNI SEGNI E SINTOMI CAUSA DI RICOVERO:

- Alterazione dei segni vitali
- Alterazioni dello stato mentale
- Difficoltà del respiro
- Dolore
- Declino funzionale
- Sintomi comportamentali
- Febbre
- Diminuzione dell’assunzione di cibi e liquidi
- Incoscienza

LE PIÙ COMUNI COMBINAZIONI DI CAUSE:

- Alterazioni dei segni vitali + difficoltà del respiro
- Caduta + dolore
- Alterazione dello stato mentale + sintomi comportamentali

SEGNI E SINTOMI CLINICI CAUSE DEL RICOVERO

Table 1
Clinical Symptoms and Signs and Other Factors Identified by SNF Staff as Reasons for Acute-Care Transfers

Factors Listed on the QI Tool	Yes n (%)
Clinical factors related to transfer	
Symptoms and signs	
Abnormal vital signs	1622 (33.4)
Altered mental status	1356 (27.9)
Shortness of breath	1132 (23.3)
Pain (uncontrolled)	901 (18.5)
Functional decline	759 (15.6)
Behavioral symptoms	733 (15.1)
Fever	587 (12.1)
Decreased food or fluid intake	567 (11.7)
Unresponsiveness	498 (10.3)
Skin wound or ulcer	407 (8.4)
Fall	392 (8.1)
Bleeding	380 (7.8)
Nausea/vomiting	345 (7.1)
Urinary incontinence	164 (3.4)
Other symptoms and signs specified on QI tool*	72 (1.5)
Other symptoms and signs not specified on QI Tool†	1585 (32.6)
No symptoms reported	353 (7.3)
Abnormal laboratory or test results	
Pulse oximetry	792 (16.3)
Low hemoglobin	424 (8.7)
Radiograph	317 (6.5)
Kidney function	214 (4.4)
Urinalysis or urine culture	191 (3.9)
Blood sugar (high)	170 (3.5)
Other abnormal laboratory or test results specified on QI tool‡	138 (2.8)
Other abnormal laboratory or test results not specified on QI tool§	296 (6.1)
No laboratory or test results reported	2957 (60.9)
Other factors contributing to transfer	
Primary care clinician decision	2505 (51.6)
Resident or family members preferred or insisted on transfer	767 (15.8)
Advance directive not in place	312 (6.4)
Other contributing factors not specified on QI tool‖	198 (4.1)
No reason for transfer checked	90 (1.9)

TRA GLI ALTRI FATTORI NON RIGUADANTI SEGNI E SINTOMI:

- Indicazione del medico
- Basso valore di emoglobina
- Anormale funzionalità renale
- Anormalità in altri test di laboratorio non specificati
- Scelta del residente o della famiglia o insistenza nel trasferimento
- Anormalità nelle radiografie
- Direttive avanzate non presenti in struttura

CARATTERISTICHE DEL TRAFERIMENTO RILEVANTI PER MIGLIORARE IL PROCESSO DI CURA

Table 2
Characteristics of Transfers Relevant to Improving Care Processes and/or Targeting Education

	n	%
Actions taken before the transfer		
Medical evaluation (n = 4856)*		
Telephone only	3170	65
Nurse practitioner or physician assistant visit	466	10
Physician visit	654	13
Diagnostic testing (n = 4856)		
Blood tests	717	15
Radiograph	449	9
Urinalysis/culture	273	6
Electrocardiogram	62	1
Venous Doppler	36	1
Radiograph	449	9
Interventions (n = 4856)		
Intravenous or subcutaneous fluids	182	4
Increase oral fluids	18	0
Oxygen	1012	21
Other	442	9
Advance care planning (n = 4856)		
Advance care planning/advance directives considered	1530	32
New advance directive/order	81	2
Type of new advance directive order (n = 81)		
Do Not Resuscitate order (DNR)	30	37
Do Not Hospitalize order (DNH)	2	2
Comfort or palliative care orders	10	12
Order for hospice care	11	14
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment/ Medical Orders for Life-Sustaining Treatment/ Physician Orders for Scope of Treatment	21	26
Hospital Transfer Information		
Length of stay before hospital transfer, d (n = 4856)		
≤2	551	11
3–6	524	11
7–29	1450	30
30–59	590	12
60–89	277	6
>90	1464	30
Day of week (n = 4790)		
Sunday	549	11
Monday	755	16
Tuesday	694	14
Wednesday	767	16
Thursday	749	16

PUNTI DI ATTENZIONE:

- il 65% dei trasferimenti in ospedale sono stati valutati dal medico tramite telefono senza una visita
- Nel 15% dei casi sono tati fatti degli esami del sangue prima del ricovero
- Nel 9% dei casi è stata fatta una radiografia
- Nel 6% dei casi è stata fatta una urocultura
- 1/3 dei trasferimenti sono preceduti da un intervento
- 1/5 dei trasferimenti in ospedale accade nella prima settimana di ricovero nelle case di riposo

CARATTERISTICHE DEL TRAFERIMENTO RILEVANTI PER MIGLIORARE IL PROCESSO DI CURA

Thursday	749	16
Friday	711	15
Saturday	565	12
Time of day (n = 4243)		
Morning, 7 AM–noon	1189	28
Afternoon, noon–7 PM	1816	43
Evening, 7 PM–midnight	764	18
Night, midnight–7 AM	474	11
Outcome of transfer (n = 4282)		
ED only	812	19
Admitted, inpatient	3325	78
Admitted, outpatient	144	3
Other factors contributed to transfer (n = 4856)		
Advance directive not in place	311	6
Clinician insisted on transfer	2504	52
Resident or family preferred or insisted on transfer	767	16
Resources to provide care in SNF were not available	8	0
SNF policies do not support providing care in SNF	3	0
Other contributing factors	190	4
Opportunities for Improvement (n = 4527)		
Transfer rated as preventable		
Yes	1044	23
No	3483	77
Reasons for rating as preventable (n = 1044)		
Condition might have been managed in the SNF with available resources	372	36
Earlier discussion of preferences with resident/family or advance care plans could have been in place earlier	278	27
Resources not available to manage the change	260	25

PUNTI DI ATTENZIONE:

I ricoveri avvengono con più frequenza nei turni serali e notturni e nei fine settimana quando il personale è in numero minore e i medici non presenti (o guardia medica)

«In retrospettiva secondo il suo team pensa che il ricovero in ospedale poteva essere evitato?»

In 1044 (23%) casi, secondo il team potevano essere prevenuti

CONCLUSIONI INTERACT (1)

1) addestrare gli Infermieri nelle valutazioni strutturate e nella gestione della documentazione

2) Addestrare gli Infermieri nelle strategie di comunicazione (approccio SBAR=situazione, background, valutazione, raccomandazioni)

3) Fornire agli infermieri strumenti che possono essere utilizzati nella pratica quotidiana

CONCLUSIONI INTERACT (2)

1) Utilizzo della telemedicina

CONCLUSIONI INTERACT (3)

1) Utilizzare le evidenze e i consigli degli esperti anche nelle long term care

SE DEVO TRASFERIRE UN OSPITE IN OSPEDALE

SNF/NF to Hospital Transfer Form

INTERACT
Version 4.0 Tool

Resident/Patient Name *(last, first, middle initial)* _____ Language: ☐ English ☐ Other _____
Resident is: ☐ SNF/rehab ☐ Long-term Date admitted *(most recent)* ____/____/____ DOB ____/____/____
Primary diagnosis(es) for admission _____

Key Clinical Information
Reason(s) for transfer _____
Is the primary reason for transfer for diagnostic testing, not admission? ☐ No ☐ Yes Tests: _____
Relevant diagnosis
☐ Heart Failure Ejection Fraction if known _____% Most recent Echo (date) ____/____/____
☐ COPD ☐ CKD ☐ DM Most recent Glucose (date/time) _____ On scheduled insulin ☐ Yes ☐ No
☐ Cancer (active treatment) ☐ Dementia ☐ Other(s) _____
Vital signs BP _____ HR _____ RR _____ Temp _____ O2 Sat _____ Date/time taken (am/pm) _____
Most recent pain level _____ (☐ N/A) Pain location _____
Most recent pain med _____ Date given ____/____/____ Time (am/pm) _____

Code Status: Other (describe) ☐ Full Code ☐ DNR ☐ DNI ☐ DNH ☐ Comfort care only ☐ Uncertain
Resident/Patient Decision Making Capacity ☐ Capable ☐ Requires proxy

Allergies
_____

Usual Functional Status before the Acute Change in Condition
Mobility
☐ Ambulates independently ☐ Ambulates with assistive device
☐ Ambulates only with human assistance ☐ Not ambulatory

ADLs *(check all that apply)*
I = Independent
A = Needs Assistance
D = Totally Dependent

Bathing	☐ I	☐ A	☐ D
Dressing	☐ I	☐ A	☐ D
Toileting	☐ I	☐ A	☐ D
Transfers	☐ I	☐ A	☐ D
Eating	☐ I	☐ A	☐ D

Sensory Impairment ☐ Vision ☐ Hearing
Bladder Function ☐ Continent ☐ Incontinent
☐ Urinary catheter in place (Date inserted ____/____/____)
Reason for catheter ☐ Retention ☐ Skin Protection ☐ Monitor output
☐ Other (describe)
Bowel Function ☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Ostomy
Date of last bowel movement (if known) ____/____/____

Usual Mental Status/Cognitive Function before the Acute Change in Condition
☐ Alert, oriented, follows instructions
☐ Alert, disoriented, but can follow simple instructions
☐ Alert, disoriented, but cannot follow simple instructions
☐ Not Alert

Personal Belongings Sent with Resident/Patient
☐ Eyeglasses ☐ Hearing aid ☐ Dental appliance
☐ Jewelry ☐ Other _____

Sent To *(name of hospital)* _____
Date of Transfer ____/____/____
Sent From *(name of SNF/NF)* _____ Unit _____

Resident Representative _____
Relationship *(check all that apply)*
☐ Relative ☐ Health care proxy ☐ Guardian ☐ Other
Tel (____) _____
Notified of transfer? ☐ Yes ☐ No
Aware of clinical situation? ☐ Yes ☐ No

Who to Call at the SNF/NF to Get Questions Answered
Name / Title _____
Tel (____) _____

Primary Care Clinician in SNF/NF
☐ MD ☐ NP ☐ PA
Name _____
Tel (____) _____

SE DEVO TRASFERIRE UN OSPITE IN OSPEDALE

SNF/NF to Hospital Transfer Form *(second page)*

INTERACT Version 4.0 Tool

Resident /Patient Name *(last, first, middle initial)* _____ DOB ____/____/____
Date Transferred to hospital ____/____/____

Treatments

Respiratory
- ☐ O2 at ____ L/min by ☐ Nasal cannula ☐ Mask ☐ Chronic ☐ New
- ☐ Nebulizer therapy ☐ Chronic ☐ New
- ☐ CPAP ☐ BiPAP

Diet
- ☐ Enteral feeding; Formula _____ Rate _____
  Free water bolus: cc _____ hrs _____
- ☐ TPN
- ☐ Special consistency (thickened liquids, crush meds, etc.) describe _____

Medications
- ☐ On antibiotics: Name _____
  Indication _____ Treatment duration
  Date started ____/____/____ Reason _____
- ☐ On Proton pump inhibitors Reason _____
- ☐ Other treatments and frequency *(include dialysis, chemotherapy, transfusions, ostomy, radiation)* _____

Devices
- ☐ Pacemaker
- ☐ Internal defibrillator
- ☐ Parenteral lines (describe) _____
- ☐ Ports (describe) _____
- ☐ AV shunt (describe) _____
- ☐ Pain pump (describe) _____
- ☐ Bladder (Foley) catheter ☐ Chronic ☐ New

Risk Alerts
- ☐ Agitation with risk to harm self or others
- ☐ Anticoagulation
  Medication _____
  Reason _____
- ☐ Aspiration
- ☐ High fall risk
- ☐ Limited/non-weight bearing ☐ Left ☐ Right
- ☐ May attempt to exit
- ☐ Needs meds crushed
- ☐ Pressure ulcers/injuries
- ☐ Restraints
- ☐ Seizures
- ☐ Swallowing precautions
- ☐ Other _____

Isolation Precautions
Currently on isolation precautions ☐ Yes ☐ No

Multiple Drug Resistant Organism (MDRO) ☐ Yes ☐ No
If yes, specify: Organism _____ Site of infection _____
Active infection ☐ Yes ☐ No

Significant communicable disease
- ☐ C. diff
- ☐ Other (lice, scabies, disseminated shingles, norovirus, flu, TB, etc.) _____

Skin/Wound Care
- ☐ Pressure ulcers/injuries *(stage, location)* _____
- ☐ Other wounds or bruises present ☐ Yes ☐ No *(describe type, location)* _____

Immunizations
- ☐ Influenza *(date* ____/____/____
- ☐ Pneumococcal *(date)* ____/____/____
- ☐ Tetanus *(date)* ____/____/____
- ☐ Shingles *(date)* ____/____/____

PPD status *(if known)* ☐ Negative ☐ Positive ☐ Unknown

Behavioral Issues and Interventions
_____

Contact SNF/NF for Further Information
Name / Title _____
Tel (____) _____

Rehabilitation Therapy
Is the Resident/Patient currently receiving Rehabilitation Therapy?
☐ Yes ☐ No

Form Completed By *(name/title)* _____ **Signature** _____
Report Called in By *(name/title)* _____
Report Called in To *(name/title)* _____ **Date** ____/____/____ **Time** *(am/pm)* _____

LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CRITICO IN RSA: LE DAT

CHIAREZZA DI VISIONE: LE DAT

l 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. Come richiamato all’articolo 1 la Legge 219 “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”, nel rispetto dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea.

Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona “di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.