



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

CENTRO DI CURE PALLIATIVE
"INSIEME NELLA CURA"

NOTA INFORMATIVA SEDAZIONE PALLIATIVA MEDIANTE FARMACI PER LA SEDAZIONE

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere un'adeguata informazione, esposta in modo corretto e comprensibile riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il diritto di conoscere i vantaggi ma anche rischi, i disagi e le possibili complicanze dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali alternative terapeutiche con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a revocare il suo consenso in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure indicare una o più persone che desidera vengano informate di dette notizie.

D'altra parte, il malato ha il dovere di fornire al medico qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute, in modo da evitare che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi errori di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre attenersi con scrupolo alle indicazioni fornitegli dai sanitari riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

☐ SI ☐ NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SEDAZIONE PALLIATIVA

Gentile paziente,

La ringraziamo per aver scelto il “Centro di Cure Palliative – Insieme nella Cura” della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

1. CHE COS’ È LA SEDAZIONE?

La Sedazione Palliativa è una procedura terapeutica mirata al controllo delle sofferenze causate da sintomi refrattari che insorgono nella fase avanzata o terminale di malattia o dalla sospensione di trattamenti di sostegno. La Sedazione Palliativa è tesa alla riduzione o abolizione intenzionale della vigilanza (coscienza) con mezzi farmacologici. Lo scopo è quello di abolire lo stato di sofferenza soggettiva derivato da uno o più sintomi risultati refrattari ai trattamenti disponibili o proponibili. Il fine ultimo perseguito dalla Sedazione Palliativa non è la riduzione della durata della vita ma il miglioramento di vita residua e di morte del malato.

In sintesi, riguardo la Sedazione Palliativa è possibile riassumere:

Intenzione: induzione di uno stato di ridotta o assente coscienza al fine di alleviare sofferenze intollerabili correlate a sintomi refrattari

Metodo: somministrazione di farmaci ipnotico-sedativi, atto terapeutico bilanciato in proporzione all’entità della sofferenza mediante adeguamenti di dose

Risultato: riduzione o abolizione del sintomo refrattario con conseguente sollievo della sofferenza.

2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI SEDAZIONE?

La sedazione avviene tramite infusione di farmaci per via endovenosa o sottocutanea

3. QUALI SONO I BENEFICI?

La sedazione palliativa è un trattamento medico usato in pazienti affetti da una patologia in fase avanzata ed evolutiva per alleviare sintomi percepiti come intollerabili quando altri atti terapeutici non sono più efficaci.

L’obiettivo della sedazione palliativa è dare sollievo ai sintomi refrattari, senza influire sulla durata della vita.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Non c’è preparazione clinica da sostenere prima della sedazione.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata della procedura è relativa all'infusione del farmaco, mentre la durata "temporale" della sedazione è sempre condivisa con il medico di riferimento.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Sarà monitorato il livello di coscienza del paziente e saranno ricercati segni indiretti di sofferenza.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Con la sedazione, si può modulare il livello di coscienza del paziente, portandolo da uno stato di profondo rilassamento a una condizione di non percezione dell'ambiente circostante. Il vantaggio è quindi quello di non avvertire i sintomi per cui è stata effettuata la sedazione. Lo svantaggio è la possibilità di non poter percepire ciò che accade intorno a sé.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Insufficienza respiratoria per compromissione del centro del respiro o compromissione della attività cardiaca fino al decesso.

10. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

Non esistono terapie alternative. Infatti, la sedazione palliativa è proposta quando altre eventuali misure terapeutiche di contrasto alla sintomatologia non sono realizzabili, perché non in grado di garantire un significativo beneficio a causa di effetti collaterali non tollerabili, o perché inadatte a controllare la sofferenza in un tempo tollerabile per la persona, o ancora perché rifiutate dal paziente stesso.

11. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

Le possibili conseguenze sono la percezione dei sintomi refrattari (dolore, dispnea, delirium, etc.) per i quali è stata avviata la sedazione palliativa.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) *Durante la sedazione sarò orientato e vigile?*

2.) *Quando la sedazione finisce proverò dolore?*

3.) _____

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga prescritta da un medico chirurgo in formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

GLOSSARIO (PAROLE CHIAVE)

- **Dispnea:** è la difficoltà a respirare, si manifesta come sensazione di non poter respirare o di affanno.
- **Delirium:** è un disturbo acuto, fugace, in genere reversibile e fluttuante, dell'attenzione, dello stato cognitivo e del livello di coscienza con conseguente confusione mentale.
- **Emorragia massiva:** copiosa fuoriuscita di sangue dai vasi non controllabile chirurgicamente
- **Agitazione psicomotoria:** stato di agitazione accompagnata da attività ideativa, motoria, emotiva afinalistica e involontaria
- **Vomito incoercibile:** vomito refrattario alla terapia medica usualmente correlato a particolari patologie-
- **Stato di male epilettico:** si verifica qualora una crisi epilettica abbia durata persistente nel tempo determinando uno stato epilettico continuativo.

RICEVUTA DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __ / __ / ____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __ : __

Data __ / __ / ____

Firma del medico

QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA INSIEME AL MODULO "POL80 – CONSENSO INFORMATO" FIRMATO.

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di "testimoni" dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.