Gruppo di studio SIGG

"LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA"

MORIRE IN ISTITUZIONE

DINAMICHE ESPERIENZIALI

evelina bianchi

Firenze – 52° Congresso nazionale SIGG 2007

L’esperienza di lavoro

è alla base di ogni cultura professionale
orienta l’approccio al malato
caratterizza la relazione con e nell’equipe
influenza le scelte professionali

garantisce il processo di formazione permanente e
la crescita professionale

ma chiede
il tempo della riflessione e del confronto

La signora L.B. ha 89 anni, è diabetica e demente
si sta allettando
deglutisce male e ha avuto dei problemi polmonari

L'unità operativa interna mette a fuoco le priorità assistenziali
garantire modalità "sicure" per l'alimentazione
prevenire i decubiti
alleviare il dolore osteo-articolare con la manipolazione dolce e con analgesici
coinvolgere i famigliari

dopo due mesi se ne riparla in equipe
la signora L.B. è ora alimentata con sondino,
l'espressione del dolore e l' intervento per alleviarlo
sembrano l'unico canale comunicativo mantenuto

Sembra semplice, e invece ….

di fronte alla persona che si avvicina al limite della vita la cultura medica spesso reagisce con modalità “negative”

- la morte come fallimento
- l’accompagnamento come “medicina minore”

e sul piano dei sentimenti personali

- **dolore** per la perdita
- **frustrazione** perché questo esito non ci da feed back di qualità
- **rabbia** perché il processo è sfuggito al nostro controllo

L'ESPERIENZA DI ACCOMPAGNAMENTO

Gli operatori hanno cominciato a **parlare** della morte

di quanto dolore ci carichiamo!
facciamo le cose importanti?
quali sono le cose importanti?
la morte si annuncia, può essere prevista?

E' stato messo in atto un processo **formativo** strutturato

Abbiamo introdotto **nuove prassi**

- **compilare in equipe** il "**piano di assistenza per il malato al termine della vita"**
- **ricordare chi se ne è andato e dare spazio all'espressione dei lutti che la vita ha riservato agli anziani**

PIANO DI ASSISTENZA PER L'OSPITE CON PATOLOGIA GRAVE E IRREVERSIBILE

Data …… SIG. ……..
PATOLOGIA ……..

INTERVENTO TERAPEUTICO ASSISSTENZIALE ATTUABILE IN CASA DI RIPOSO

Sintomi: dolore, febbre, nausea, diarrea, stipsi, sete, fame, decubiti, ansia, depressione…….
come intervenire

……

……

Controllo delle posture, come intervenire ….……..

Mantenere le funzioni residue ……..……..

Garantire la continuità assistenziale, con l'apporto dei famigliari.…….

ascolto….idonea collocazione ……...

……...…….

UTILITA' DI NUOVI RICOVERI OSPEDALIERI

volontà espressa dall'ospite e/o da un famigliare, in passato o più recentemente

……..
……
……...

valutazione espressa dall'équipe assistenziale, riunita in unità operativa interna

……
……
……

CONCLUSIONI

……
……
……
……

DATA ……FIRMA del medico ……. ……

COLLOQUIO CON I FAMILIARI

……
……
……
……

LORO RICHIESTE

……
……..

DATA ……..FIRMA del familiare ……..

la riflessione continua sull'esperienza in atto
la ricerca di modalità operative migliori
la partecipazione di tutto il gruppo assistenziale

- hanno permesso la costruzione di un patrimonio esperienziale
- che ognuno ha fatto proprio
- arricchendo in modo strutturato il proprio bagaglio culturale
- e la propria competenza professionale

sono stati creati i presupposti per la trasmissione dell'esperienza e della cultura che la sostiene

A distanza di anni

- la compilazione del piano di assistenza è rimasta nella consuetudine di lavoro

- i medici del SUEM lo consultano quando devono decidere se ospedalizzare o meno il paziente

- gli anziani continuano a parlare della morte e di chi se ne è andato

- il dialogo con i famigliari continua

La morte non è più un tabù

Una anziana ha chiesto all'assistente sociale un colloquio e le ha formalmente comunicato che desiderava essere aiutata a morire, nel caso si trovasse a soffrire molto.

Le è stato risposto che, pur non potendo soddisfare la sua richiesta, si sarebbe rispettato il suo diritto a rifiutare le terapie, le si garantiva il sollievo dal dolore e la vicinanza fino alla fine.

Noi speriamo che questa risposta le abbia comunque dato serenità

Sintesi dell’ esperienza

consapevolezza e motivazione degli operatori

ampia e libera discussione

formazione strutturata

nuove prassi

periodica rielaborazione dell’esperienza

L’esperienza di accompagnamento ci ha dato *qualcosa di più*

- *guardare alla morte significa affrontare le questioni centrali della vita definirne i valori e le priorità*

- *è anche possibile diventare medici migliori capaci di prenderci cura del malato fino alla fine*

Grazie per l’attenzione !

BIANCHI E., FABRIS G., Scienza e carità, Poligrafo, 2002
KUBLER ROSS E., La morte e il morire, Cittadella Editrice, Assisi 1994
GUARDINI R., Le età della vita, Vita e Pensiero, 1999