

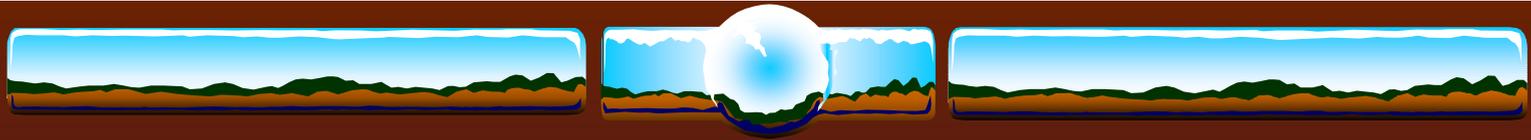


SCELTE DI FINE VITA


RENZO PEGORARO

Fondazione Lanza - Padova

FIRENZE, 28.11.2008



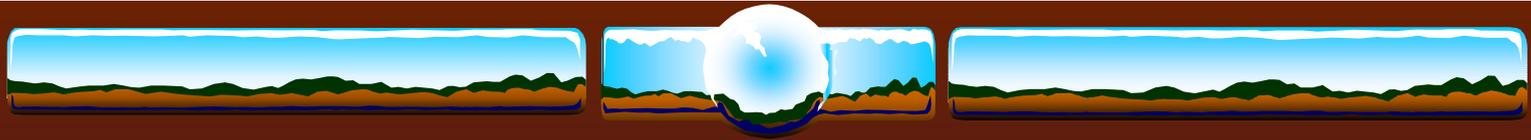
CONDIZIONE DELL'ANZIANO (NON AUTOSUFFICIENTE)

- ❖ Fragilità e vulnerabilità
- ❖ Dipendenza
- ❖ Decadimento organico e multipatologie
- ❖ Problemi di decadimento cognitivo
- ❖ Bisogni fisici, psicologici, relazionali, spirituali
- ❖ Si avvicina “la fine”: consapevolezza, preparazione, scelte da fare...



ALLA FINE DELLA VITA: SCELTE DIFFICILI

- 1. Rischi di “accanimento terapeutico”**
- 2. Problematiche dell'eutanasia**
- 3. Sospensione delle terapie.**
- 4. Idratazione e nutrizione artificiale**
- 5. Terapia del dolore**
- 6. Cure palliative e buon accompagnamento**
- 7. Dichiarazioni anticipate – testamento biologico**



Riaffermare alcuni principi etici nell'area geriatrica

- ❖ **Dignità** della persona umana e sua **autonomia**;
- ❖ **Riconoscimento delle condizioni particolari** dell'anziano;
- ❖ La **relazionalità** (familiari, operatori sanitari...);
- ❖ Il **bene globale-integrale** del paziente;
- ❖ **Giustizia e solidarietà**.



Alcune indicazioni etico-assistenziali

- 1 L'anziano è **persona**, non un adulto “logorato”, “degradato”...
- 2 L'anziano è un “**altro**”, ma non un estraneo in umanità
- 3 L'anziano è **ricco** di una diversità che ha attraversato molte vicende...
- 4 Rimane **protagonista** della sua storia...
- 5 L'assistenza deve partire dalla **realtà** della singola persona anziana...



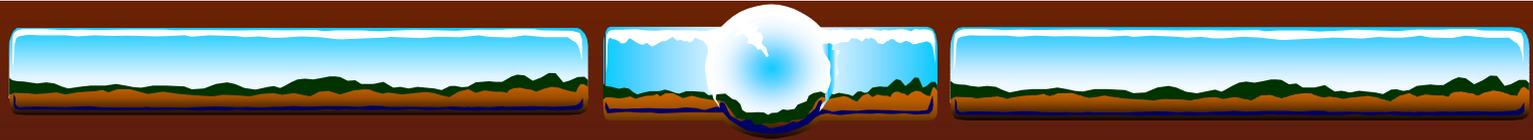
Alcune indicazioni etico-assistenziali

- 6 Le azioni, le parole e i gesti, diano **testimonianza** di accoglienza, premura, responsabilità
- 7 Ciascuno contribuisce affinché l'**organizzazione** si caratterizzi per efficienza, efficacia, soddisfacimento
- 8 In alcuni casi il senso della vita è **misterioso** (sofferenza), in altri è **lontano** (il pudore), in altri casi è **mediato** dal tempo e dagli altri; in molti altri casi è **affidato** a Dio



Per un buon accompagnamento alla fine della vita

- 1. Relazione-dialogo-verità-condivisione**
- 2. Non abbandono, ma prendersi cura, con continuità**
- 3. Una risposta multidisciplinare integrata, per un progetto personalizzato**
- 4. Cure palliative e risposte ai bisogni**
- 5. Terapia del dolore**
- 6. Proporzionalità delle cure**
- 7. Decodificare la richiesta di “voler morire”**
- 8. Ambienti adeguati, équipes preparate, collaborazione con la famiglia e volontariato**



A) Accoglienza, relazione

- ❖ Riconoscere l'altro, ascoltare, dialogare
- ❖ Approccio orientato al “care”, cioè alla presa in carico globale dell'anziano.

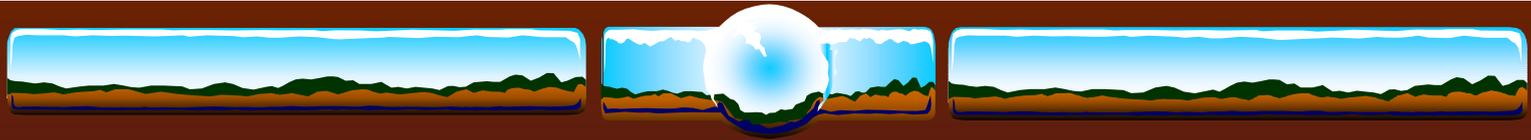
Art. 20: L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.



B) COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE

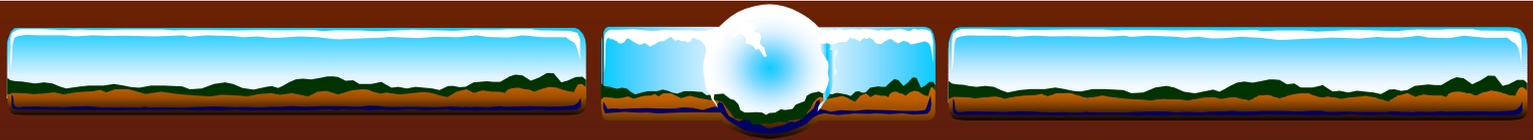
- Informazione del malato sulla propria condizione, sulla prognosi e sulle proposte di cura e assistenza.
- Aiutare il malato a conoscere la “verità di cui ha bisogno”.
- **“Un processo graduale all’interno di una articolata e complessa relazione comunicativa tra il malato e un medico capace di scegliere i modi, i tempi, in genere le strategie utili a promuovere la consapevolezza e l’autonomia di soggetti diversi...”.**

(Fondazione Floriani)

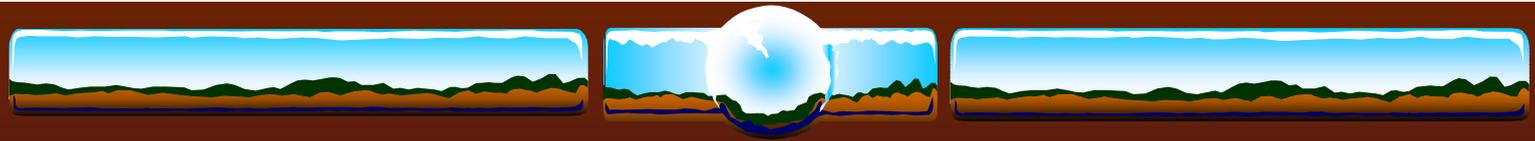


Una responsabile comunicazione-informazione

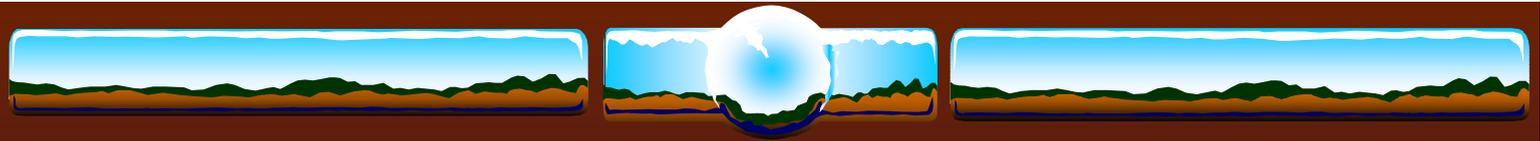
- ❖ Un continuo sforzo intellettuale per **entrare nella verità che si deve comunicare;**
- ❖ Interrogarsi sul **tipo di rapporto che esiste col malato;**
- ❖ Valutare **qual è la capacità ricettiva del paziente;**
- ❖ Vanno prese in considerazione **le possibili conseguenze nel malato** della verità comunicata;
- ❖ Creare un **clima adatto** alla comunicazione della verità;
- ❖ **Non solo per il consenso...**



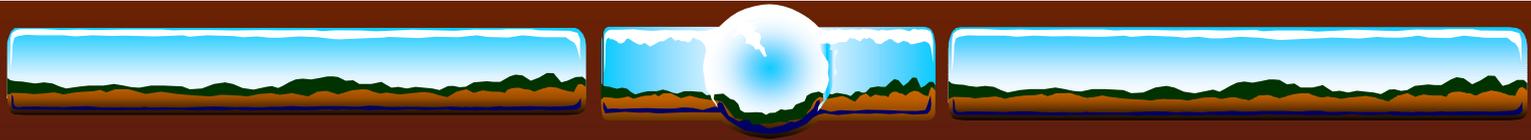
Art. 23: L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.



Art. 24: L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.



Art. 25: L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

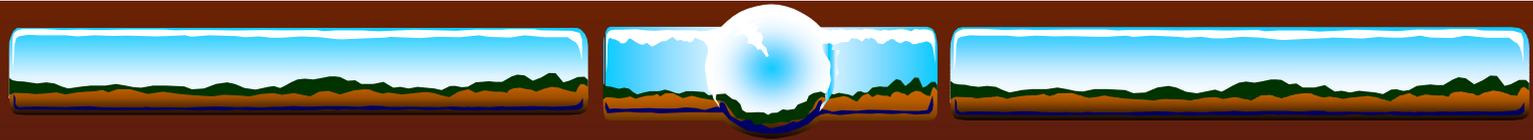


C) PROPORZIONE DELLE CURE

“E’ eticamente giustificabile l’interruzione delle tecniche di prolungamento della vita, quando la loro applicazione impone fatica o sofferenza al paziente, sproporzionalmente ai benefici che se ne possono trarre”.

(Linee guida OMS, 1990)

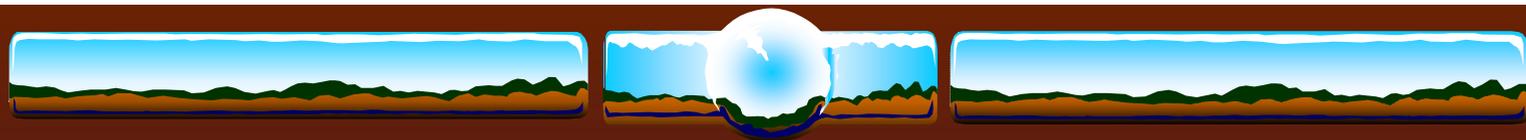
- NO all’accanimento terapeutico.
- NO all’eutanasia.
- Sviluppo delle cure palliative.



ACCANIMENTO TERAPEUTICO

“Trattamento di documentata inefficacia in relazione all’obiettivo, a cui si aggiunge la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un’ulteriore sofferenza, in cui l’eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica”.

(Comitato Nazionale per la Bioetica, 1995)

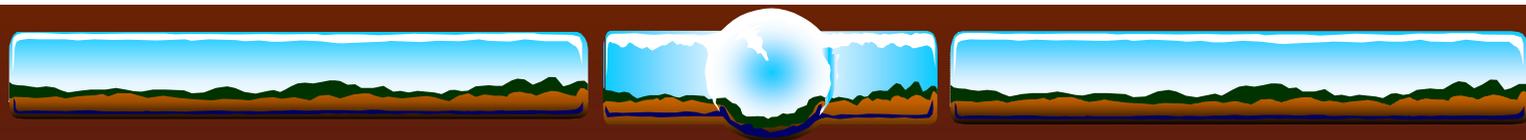


ACCANIMENTO TERAPEUTICO

“...Certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche troppo gravosi per lui e per la sua famiglia.

...Si può rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi”.

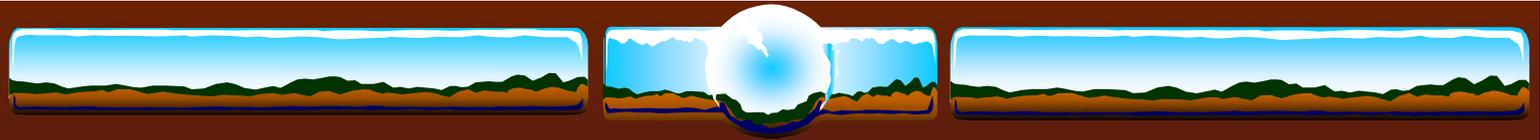
(Evangelium Vitae, n. 65)



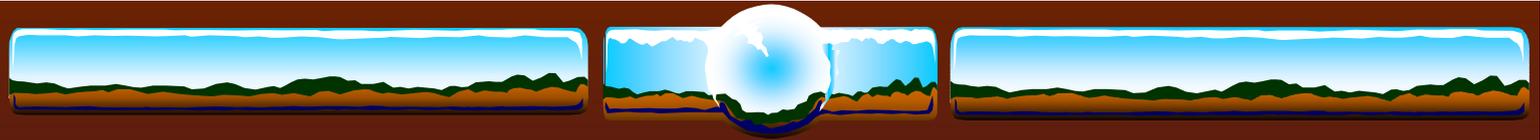
ACCANIMENTO TERAPEUTICO

“L’interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima... Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente”.

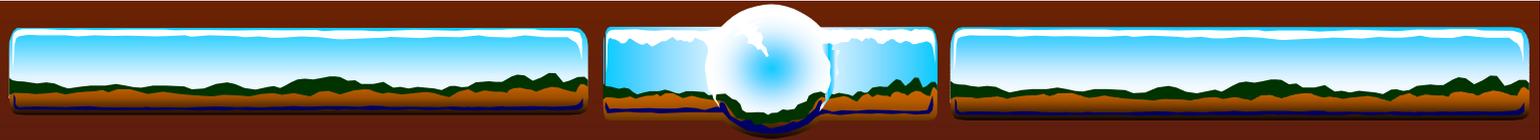
Catechismo Chiesa Cattolica, n. 2278



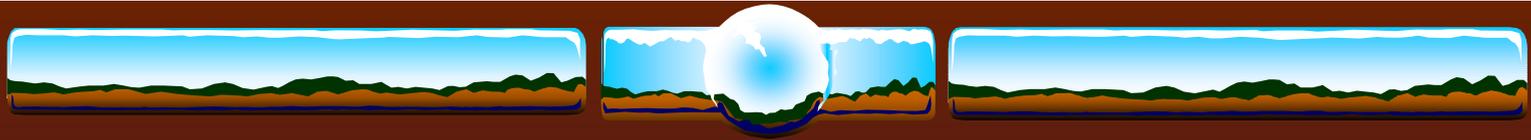
Art. 36: L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.



Art. 37: L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita.



Art. 39: L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.



LA SEMANTICA DELL'EUTANASIA

Che cosa è eutanasia?

“Un’azione o un’omissione che di sua natura o nelle intenzioni procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore”.

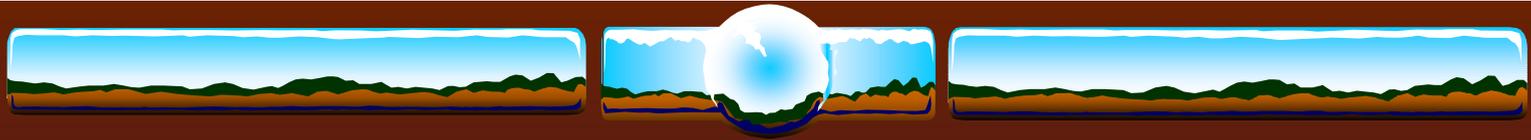
*Congregazione per la Dottrina della Fede (1980),
Dichiarazione sull’Eutanasia*

“L’uccisione diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta”.

*Comitato Nazionale per la Bioetica (1995),
Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*

“Intervento medico attivo effettuato per porre termine intenzionalmente alla vita del paziente su sua esplicita richiesta”.

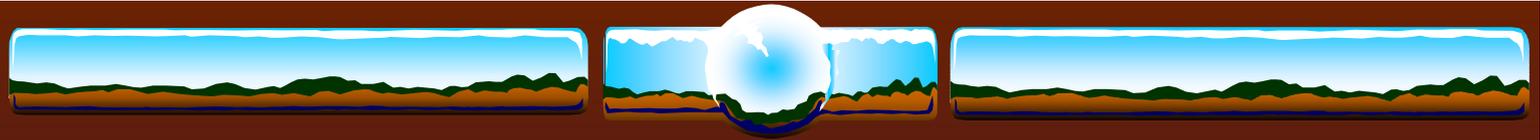
Legge olandese 1994



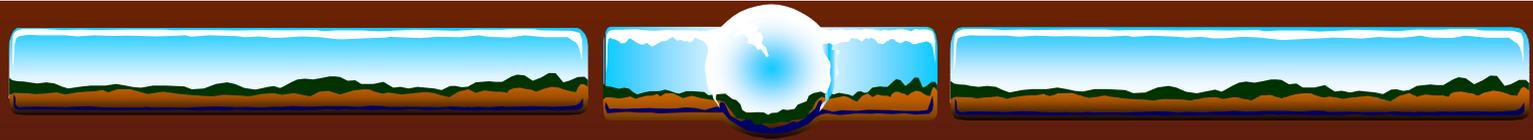
LA SEMANTICA DELL'EUTANASIA

Che cosa non è eutanasia?

- a) Non è eutanasia la *terapia antalgica* che in fase terminale, a certe condizioni, può portare ad abbreviare la vita del paziente.
- b) Non è eutanasia la *sedazione profonda* che, in fase terminale, a certe condizioni, viene praticata per abbassare o togliere completamente la coscienza del paziente.
- c) Non è eutanasia *l'astensione* (withholding) o *l'interruzione* (withdrawing) di trattamenti ritenuti *futili* dal punto di vista medico.
- d) Non è eutanasia il *rifiuto informato* da parte del paziente di trattamenti ritenuti *sproporzionati* e quindi accanimento terapeutico.
- e) Non è eutanasia il distacco dei mezzi che mantengono artificialmente la respirazione di fronte *all'accertamento* della morte avvenuta.

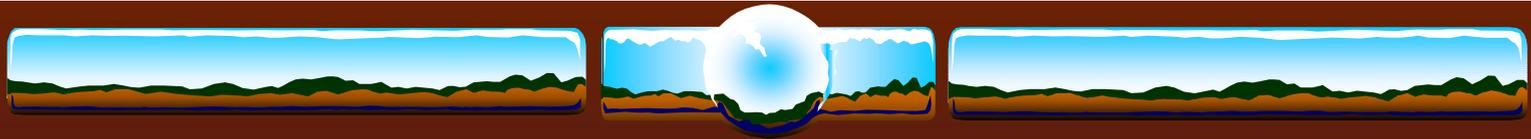


Art. 40: L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.



Una relazione che continua anche quando è difficile

- **Verbale e non verbale...**
- **Art. 38: L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.**

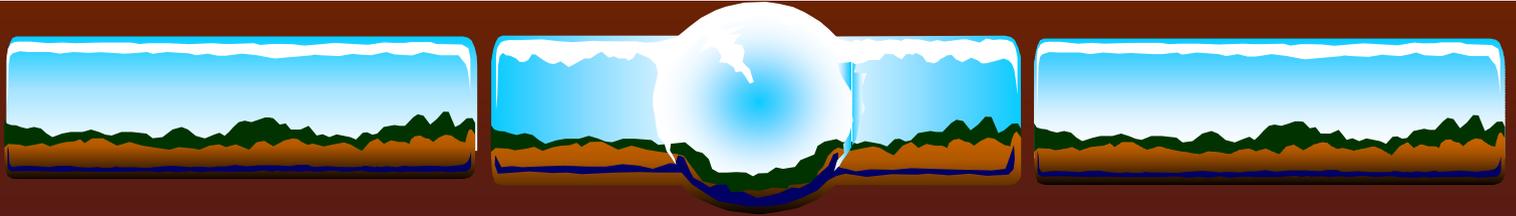


RESPONSABILITA'

-

CORRESPONSABILITA'

- Impegno di tutti, medici, infermieri, istituzioni, psicologi, familiari e associazioni, volontariato, per un reale accompagnamento di chi muore.
- **Ricomprendere la morte, risignificare il morire**, riconciliarsi con i **limiti**, sviluppare il “**prendersi cura**”: corresponsabilità della società (no rimozione della morte e del morente) e della medicina e dell’assistenza (no abbandono o accanimento).
- Necessità di **formazione** adeguata degli operatori e del loro continuo sostegno.



“...Vorreste conoscere
il segreto della morte.
Ma come scoprirlo,
se non cercandolo
nel cuore della vita?”

(K. Gibran, *Il Profeta*)