

Policlinico Sassarese
Casa di Cura Privata Accreditata
U.O. Anestesia
Direttore S.Salis

“DECISION MAKING”

Budoni 3-4-5 Ottobre 2008

CODICE DEONTOLOGICO

Art. 20

Il Medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo scopo di lenire la sofferenza fisica e psichica.

CODICE DEONTOLOGICO EUROPEO

ART.1

PRINCIPI DI ETICA MEDICA EUROPEA

“Compito del medico e' la difesa della salute fisica e psicologica dell'uomo ed il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignita' umana “

CHI PRENDE LE DECISIONI ?

- MALATO
- MEDICO
- FAMILIARE

**QUAL'E' LA COSA MIGLIORE
DA FARE PER QUESTA
PERSONA IN QUESTO
MOMENTO ?**

PUNTI SALIENTI DI TENSIONE ETICA DELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

- Posizione Inguaribilità del Paziente
- Maggior Vulnerabilità e Influenzabilità
- Condizione di Sofferenza

**Il piacere è l'assenza di
dolore nel
corpo, e l'assenza di
turbamento
nell'anima**

Epicuro

- Facile irritabilità
- Insuccesso della terapia
- Intoppi burocratici

RABBIA

TOTAL PAIN

- Perdita posizione sociale
- Perdita ruolo in famiglia
- Impressione di abbandono

DEPRESSIONE

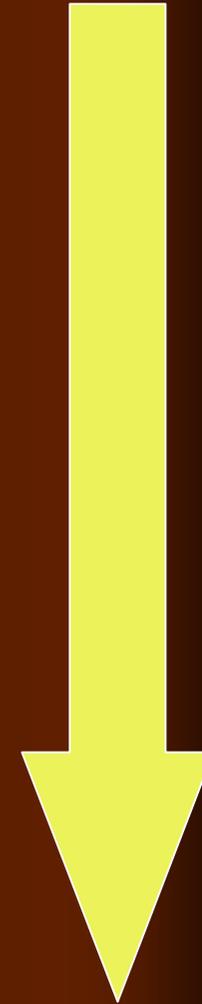
ANSIA

- Paura del dolore
- Paura della morte
- Preoccupazione per la famiglia



Stimolo doloroso

- **ABBANDONO SOCIALE**
- **SCONFORTO**
- **AFFATICAMENTO**
- **INSONNIA**
- **ANSIA**
- **RABBIA**
- **TRISTEZZA**
- **DEPRESSIONE**
- **ISOLAMENTO**
- **PERDITA VALORI**
- **PERDITA OBIETTIVI**



Sofferenza atroce

Sofferenza minima

- **CORREZIONE SINTOMI**
- **RECUPERO SONNO**
- **RIPOSO**
- **SIMPATIA**
- **COMPRENSIONE**
- **DISPONIBILITA'**
- **DIMINUIZIONE ANSIA**
- **MIGLIORAMENTO UMORE**

Stimolo doloroso



COMPORTAMENTO MEDICO

Distorsioni professionali

- **Distacco esagerato**
- **Ottimismo esagerato**
- **Compassione esagerata**

Distacco esagerato

- **Il morire è oggetto di ricerca scientifica**
- **Il morire non è un problema soggettivo, ma esterno impersonale, oggettivo.**

Ottimismo esagerato

**Il medico non vuole realmente aiutare il
Paziente, ma se stesso.
E' un meccanismo di fuga dalla morte**

Compassione esagerata

- Fusione psicologica col morente
- Vivo, muoio, rinasco con ogni morente
- Ho vinto la morte

ORIENTAMENTO CLINICO MEDICO

- APPROCCIO ANALITICO INCENTRATO SUL PROCESSO PATOLOGICO
- ASSENZA DI SEZIONI SUL TEMA DEI MALATI MORENTI NEI TRATTATI MEDICI
- RISULTATO IL MEDICO HA' PAURA DELLA MORTE

RELAZIONE VITA-MORTE

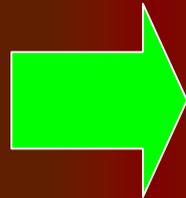
Nascita

X

Morte

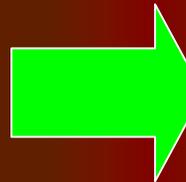
Y

Assistenza



Implacabile necessità di curare

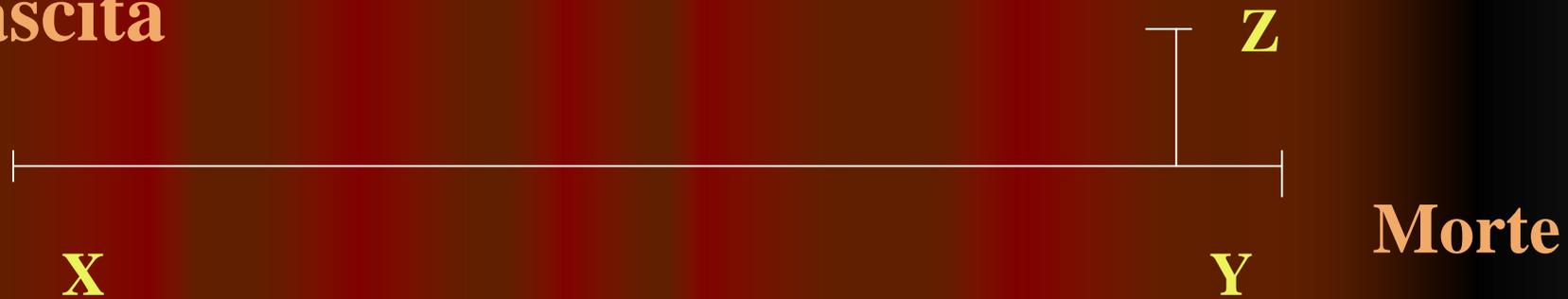
Trattamento



Più penoso della malattia stessa

Inizio processo mortale

Nascita



**La percezione dell'inizio del processo
mortale, stabilisce la differenza tra
l'estensione della vita ed il prolungamento
della morte**

CONOSCENZA EVOLUZIONE
MALATTIA NEOPLASTICA

FASI CLINICHE DI UNA MALATTIA INCURABILE (CURATIVA)

- OBIETTIVO PRINCIPALE
- TOSSICITA' TERAPIE
- MISURE DI SUPPORTO
- IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE
- SOPRAVVIVENZA
- PUO' ESSERE ALTA
- SI
- SI

FASI CLINICHE DI UNA MALATTIA INCURABILE (PALLIATIVA)

- OBIETTIVO PRINCIPALE
- TOSSICITA' TERAPIE
- MISURE DI SUPPORTO
- IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE
- QdV
- BASSA
- SOLO PER MIGLIORARE QdV
- SOLO PER MIGLIORARE LA QdV

FASI CLINICHE DI UNA MALATTIA INGUARIBILE (TERMINALE)

- OBIETTIVO PRINCIPALE
- TOSSICITA' TERAPIE
- MISURE DI SUPPORTO
- IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE
- QdV
- ASSENTE
- NO
- NO

DISUMANIZZAZIONE DEL MORIRE



Disumanizzazione del morire

- **MISERIA DEL MORIRE IN SOLITUDINE O PEGGIO ISOLATI**
- **MISERIA DI NON AVER SPAZIO DI SOLITUDINE NECESSARIO PER MORIRE**

VERITA' O MENZOGNA ?

Dire o non dire?

**Bisogna stabilire qual è la potenziale
capacità di accettazione di verità
anche sgradevoli. Ogni Paziente è un
soggetto unico**

PARAMETRI DECISIONALI

- VERITA' ? ATTENZIONE CRUDA VERITA' !
- MENZOGNA ? SITUAZIONE ARTIFICIALE INSOPPORTABILE PER TUTTI CON LA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA
- DIRITTO ALLA GRADUALITA' CON INFORMAZIONI CHE E' IN GRADO DI CAPIRE E SOPPORTARE

LA CONGIURA DEL SILENZIO

Stadio 1: Rifiuto. “no, non a me, non può essere vero!”

Stadio 2: Collera. “ perché proprio a me?”

Stadio 3: Contrattazione “se vivrò fino a...prometto che...

Stadio 4: Depressione “si ...a me”

Stadio 5: Accettazione

Negazione – Rabbia – Ansia Depressione – Accettazione

Sono espressione di un processo di assestamento, e devono essere accettati per la loro intrinseca utilità. Il processo di adattamento, non ha una durata fissa, è un processo individuale ed alcune volte estremamente lungo.

La persona che sta morendo, non attraversa ordinatamente e progressivamente queste fasi; tutti i Pazienti però ne attraversano almeno una, alcuni soltanto alcune fasi, altri le riattraversano per poi ripercorrere ancora il processo.

Variabili che influenzano l'accettazione della malattia

- **Età**
- **Grado di cultura**
- **Filosofia di vita(coscienza fine o negazione morte)**
- **Credo religioso**
 - Laico-fine
 - Cattolico-trapasso-resurrezione
- **Progetti realizzati**
- **Progetti irrisolti**
- **Senso propria esistenza(solidarietà-aiuto prossimo-vita non trascorsa invano.)**

Speranza guarigione



Conversione



**Speranze
alternative**

To cure



To care

**SE ABBIAMO CONTINUAMENTE
NEGATO E CI SIAMO
CONTINUAMENTE RIPARATI DAI
DOLORI DELLA VITA LA
CONSOLAZIONE CHE VORREMO
OFFRIRE SARA' VUOTA**

C'E' UNA SOFFERENZA CHE MATURA
NOI STESSI E CHE "AIUTA AD
AIUTARE "

IL GUARITORE FERITO

TUTTI D'ACCORDO SU COSA VA' FATTO

!!!!

SITUAZIONE IDEALE

**SOLIDA RELAZIONE TRA EQUIPE CURANTE
E FAMIGLIA PRECEDENTE ALLO STADIO
TERMINALE**

CONFLITTO O DUBBIO ?

- I FAMILIARI RIFIUTANO LA PROPOSTA DEL MEDICO
- IL MEDICO NON HA IL POTERE DI IMPORRE ALLA FAMIGLIA LA SUA SOLUZIONE
- IL MEDICO CONTESTA LA DECISIONE DEL FAMILIARE

SOLUZIONI CONFLITTO

- PROVARE PER UN TEMPO DETERMINATO UN CERTO TRATTAMENTO
- INTERPELLARE UN ALTRO MEDICO
- INTERPELLARE UNCOMITATO ETICO

Criteria Etici e Processo Decisionale

- Consenso Informato
- Direttive o Dichiarazioni Anticipate
- Giudizio Sostitutivo
- Migliore Interesse del Paziente

LA LEGGE ITALIANA STABILISCE CHE LE DECISIONI
MEDICHE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DI UN
CITTADINO POSSANO ESSERE PRESE SOLO DA LUI

NEL CASO NON POSSANO FARLO TOCCANO AL
RAPPRESENTANTE LEGALE

IN MANCANZA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DI
FATTO LE DECISIONI COMPETONO AL MEDICO

**IL FAMILIARE NON HA
ALCUN RUOLO GIURIDICO
PER ACCETTARE O
RIFIUTARE UNA PROPOSTA
MEDICA A MENO CHE NON
SIA STATO NOMINATO
TUTORE**

DEFINIZIONE SEDAZIONE

Riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita della coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo che risulta, quindi refrattario .

Una comunicazione adeguata
anticipata rispetto al precipitare dei
sintomi ha delle conseguenze
positive
sul piano relazionale

Viceversa quando la sedazione non e' concordata sorgono equivoci e false convinzioni (slow eutanasia) prive di ogni fondamento

CONCLUSIONI

- L'AUTONOMIA QUALIFICA LA PERSONA UMANA ED E' TAPPA INDISPENSABILE VERSO UN'ASSISTENZA DI BUONA QUALITA'
- LE SCELTE NELLA FASE TERMINALE NASCONO DA UN RAPPORTO MEDICO PAZIENTE QUALITATIVAMENTE DIVERSO

CONCLUSIONI

- APPROFONDITA CONOSCENZA DELLA PERSONA ASSISTITA
- DEI MECCANISMI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE TERMINALE
- CAPACITA' DI RELAZIONARSI PER MEZZO DI CONOSCENZE ATTITUDINI ED ESPERIENZA



Ricordo che uno dei miei desideri , era di sapere se il malato era morto bene senza dolori e con qualcuno vicino , soffrivo se questo non avveniva sentivo di non aver adempiuto al completamento delle cure palliative , ma solo dato un aiuto temporaneo al controllo dei sintomi .

Quindi ho sempre ritenuto che una buona morte fosse una vittoria per l'equipe di cure palliative .

Vittorio Ventafridda

“è lecito alleviare il dolore
tramite narcotici , anche quando il
risultato consiste in una
diminuzione della coscienza e in
una riduzione della vita se non
esiste altro mezzo..... ”

GIOVANNI PAOLO II

EVANGELIUM VITAE

GRAZIE