

**FACOLTA' TEOLOGICA
DELL'ITALIA SETTENTRIONALE
Sezione parallela di Torino**

**MASTER UNIVERSITARIO
IN BIOETICA**

TESI I ANNO

**LIMITE TRA ACCANIMENTO TERAPEUTICO E ACCOMPAGNAMENTO
ALLA MORTE:
QUALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA?**

RELATORE

Enrico LARGHERO

CANDIDATA

Elena Marchino

ANNO ACCADEMICO 2008/2009

INDICE

Introduzione	pag. 3
Il caso clinico	pag. 5
Riflessioni bioetiche	
1. Qual è l'organo malato: cuore o rene?	pag. 7
2. Chi è la persona che ci troviamo di fronte?	pag. 9
3. La volontà della persona.	pag. 10
4. Il credo religioso.	pag. 12
5. Il limite dell'evoluzione tecnologica nel rispetto della persona.	pag. 14
6. La giusta cura: limite tra dovere di cura e accanimento terapeutico e accanimento terapeutico.	pag. 16
7. La proporzionalità delle cure.	pag. 18
8. L'accompagnamento alla morte.	pag. 20
10. Riflessione personale.	pag. 22
Conclusione.	pag. 24
Bibliografia.	

INTRODUZIONE

Partecipando alla prima lezione del Master in Bioetica mi sono subito sentita coinvolgere dalla citazione di G. Russo «Se non mi chiedono cos'è la bioetica lo so, se invece me lo chiedo non lo so».

L'assidua frequentazione alle lezioni, momento di grande stimolo riflessivo e di arricchimento sia culturale che personale, grazie alla grande professionalità di tutti i docenti, mi ha permesso di essere in grado di spiegare, a chi me lo chiede, che cos'è la bioetica.

Nel mio vissuto professionale di Infermiera in Unità Terapia Intensiva Coronarica, ho incontrato molte situazioni di criticità legate al contesto di fine vita, dove il punto limite tra accanimento terapeutico e accompagnamento alla morte è difficile da individuare.

Il mio percorso di formazione professionale è stato quasi esclusivamente di tipo tecnicistico, ma gradualmente è maturata in me l'esigenza di approfondite nuove conoscenze in ambito relazionale e comunicativo.

Come ci viene ricordato «l'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di servizio alla vita. È l'espressione di un impegno profondamente umano e cristiano, assunto e svolto come attività non solo tecnica ma di dedizione e amore al prossimo¹».

Prima un corso di Riflessologia Olistica che mi ha permesso di migliorare le conoscenze della comunicazione non verbale, sfruttabile soprattutto nelle persone in grado di esprimersi soltanto attraverso il linguaggio del corpo.

Ed ecco quindi l'iscrizione al master e, alla fine di questa prima parte di percorso, ho imparato a pormi sempre nuove domande, a cercare di andare oltre l'aspetto scientifico: l'essere umano che ho di fronte è una persona anche se spesso non più in grado di comunicarlo verbalmente.

Lo studio della bioetica mi ha dato lo stimolo al dialogo, alla relazione, all'ascolto del pensiero di altri. Ho appreso che non esiste un'unica risposta, una sola risoluzione ai molti quesiti, non esistono protocolli operativi ma ogni caso deve essere valutato a se. L'importante è ragionare sul proprio agire professionale, non lasciarsi guidare dagli impulsi emotivi, ma seguire le evidenze scientifiche e i buoni consigli filosofici e teologici. Da qui l'importanza alla formazione continua, momento di confronto e

¹ Carta degli Operatori Sanitari, 1995.

confronto delle emozioni.

In una Terapia Intensiva non c'è il tempo per pensare, bisogna agire, non c'è sempre il tempo per conoscere a fondo il caso clinico, per avere una perfetta conoscenza della persona-paziente con cui lavoriamo. Ma viene poi comunque il momento di pensare, di fermarsi a riflettere prima di proseguire.

Questo mio mandato non vuole essere un riassunto delle nozioni ricevute, lascio agli esperti questo compito, ma un'analisi bioetica pratica di una situazione vissuta personalmente nella quotidiana attività lavorativa.

Punto di partenza è un caso clinico, che ha scatenato in me molte domande e da cui partiranno tutta una serie di riflessioni.

IL CASO CLINICO

Donna di 96 anni giunge in Pronto Soccorso per astenia intensa e decadimento delle condizioni generali.

All'accettazione viene riscontrata una grave bradicardia giunzionale a 30 battiti al minuto, viene eseguito un prelievo ematico e, nell'attesa dell'esito, viene raccolta l'anamnesi con la figlia con cui la signora vive.

Dall'anamnesi patologica remota emerge:

- pregressa rimozione di K intestinale (non metastatizzato),
- fibrillazione atriale cronica,
- ipertensione arteriosa,
- pregresso episodio di scompenso cardiaco.

Nell'anamnesi patologica prossima:

La donna autosufficiente, vigile ed orientata, ma con un progressivo declino dell'autonomia funzionale, ha sempre dichiarato ai propri familiari di voler morire in tranquillità nel proprio letto. Da qualche giorno presenta graduale decadimento delle condizioni generali e quella sera chiede alla figlia di essere portata in ospedale per il suo elevato stato di malessere. La figlia, a una simile richiesta naturalmente ha accontentato la madre, riponendo le speranze nei sanitari per una prossima guarigione, ma anche prevalentemente per non farla soffrire.

La terapia domiciliare in corso è:

- ace-inibitore.
- diuretico, non risparmiatore di potassio,
- digitale.

La paziente viene trasferita in Sala di Elettrofisiologia per l'applicazione di un *pacemaker* temporaneo.

Nel frattempo pervengono gli esami ematochimici che evidenziano una grave insufficienza renale acuta con squilibrio elettrolitico ma digossinemia in *range* terapeutico. Viene terminata la procedura invasiva in corso con notevole difficoltà per la presenza di decorsi tortuosi e calcifici delle vene femorali, e accompagnata la paziente in Unità di Terapia Intensiva Coronarica, dove inizia un'appropriata terapia infusiva.

Eseguita la procedura d'emergenza, si riflette sulla prognosi della paziente, si comincia a pensare fino a dove bisogna spingersi nel curare la nostra malata. Bisognerebbe

applicare un'ultrafiltrazione renale? o trasferire la paziente in una nefrologia? Qual è il suo organo malato: cuore o rene?

Ma soprattutto si riflette su chi è questa persona che abbiamo di fronte? Quali sono le sue volontà? Quale è il suo credo religioso?

La paziente non è in grado di comunicare verbalmente, anche dopo l'applicazione del *pacemaker* persiste lo stato di incoscienza e risposta ai soli stimoli dolorosi.

La presenza dei parenti è costante e si cerca quindi di percorrere un cammino terapeutico e assistenziale attraverso la loro partecipazione.

Si riflette ancora, il nostro operato è una giusta cura o accanimento terapeutico?

C'è un limite di applicabilità delle conoscenze scientifiche? Qual è il limite dell'evoluzione tecnologica nel rispetto della persona?

Come si può quantificare la proporzionalità delle cure?

Come trovare la giusta mediazione tra etica e diritto?

Come lasciarci consigliare dalla saggezza pratica e fare buon uso della ragione?

Sono tutti quesiti a cui cercherò di trovare una giusta spiegazione in questa semplice trattazione, nella speranza che possa essere d'aiuto anche ad altri operatori sanitari.

La paziente è deceduta nel corso della notte per una crisi respiratoria, non è stata intubata, né rianimata, ma accompagnata alla morte dal personale sanitario, con la presenza dell'unica figlia e del cappellano dell'ospedale.



RIFLESSIONI BIOETICHE.

1. Qual è l'organo malato: cuore o reni?

L'emergenza clinica ha portato a curare con priorità il cuore della paziente, con l'applicazione di un *pacemaker* temporaneo. «Allorquando in ragione di una situazione di emergenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata²».

Ma qual è veramente l'organo malato? Il cuore o i reni?

La medicina contemporanea, sempre più evoluta e specializzata, ha imposto una estrema parcellizzazione del corpo umano; la frammentazione delle specifiche conoscenze in compartimenti stagni provoca spesso una incomunicabilità tra i vari settori. Si è portati ad agire così in maniera tecnicistica dimenticando che ogni organo fa parte di un tutt'uno che è l'individuo nella sua interezza di persona.

«[...]il corpo non viene più percepito come realtà tipicamente personale, segno e luogo della relazione con gli altri, con Dio e con il mondo. Esso è ridotto a pura materialità: è semplice complesso di organi, funzioni ed energie[...]»³

Questo approccio impersonale fa dimenticare l'importanza della globalità dell'essere, di chi è la persona che abbiamo di fronte, che ogni intervento sul corpo non si ferma alla fisicità ma raggiunge tutta la persona, che il dinamismo biologico e l'integrità del corpo umano non sono differenziati da un punto di vista etico.

«[...]la vita corporea va intesa come centro di relazione e di esistenza personale. È l'esistenza corporea della nostra coscienza a costituirci come persona, come indeclinabile punto di vista sul mondo. La persona è solo in quanto situata, solo in quanto è legata a un corpo e, in questo, a uno spazio, a un tempo, una storia, a una relazione verso gli altri ed il mondo⁴»

Ritornando al caso clinico, occorre quindi cercare di comprendere la persona che abbiamo di fronte, che con i suoi 96 anni ha chiesto un aiuto per alleviare le sofferenze, ed è proprio questo il compito degli operatori sanitari «incontro tra fiducia e coscienza. La fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e della malattia, e perciò

² Convenzione di Oviedo, 1997, art. 8, Consiglio d'Europa.

³ Giovanni Paolo II, 1995, *Evangelium Vitae*, Città del Vaticano.

⁴ Carla Corbella, 2007, *Modelli antropologici della bioetica*, tratto da *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

bisognevole, il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo⁵»

La malattia non è un fatto clinico circoscritto, ma la condizione di un uomo, un malato. Inevitabilmente la malattia e la morte sono delle fasi della nostra vita, cuore, reni e tutti gli altri organi della paziente sono gradualmente degenerati verso una malattia cronica inguaribile. Un recente studio ha evidenziato graficamente l'andamento delle malattie a esito infausto attraverso una "traiettoria di malattia", identificandone tre principali che descrivono il declino funzionale nella fase avanzata di malattia⁶. Le tre componenti (come indicate nella figura 1): tumorale, insufficienza cardiaca ed evoluzione naturale di vita, nel caso clinico considerato, sono addirittura tutte e tre presenti.

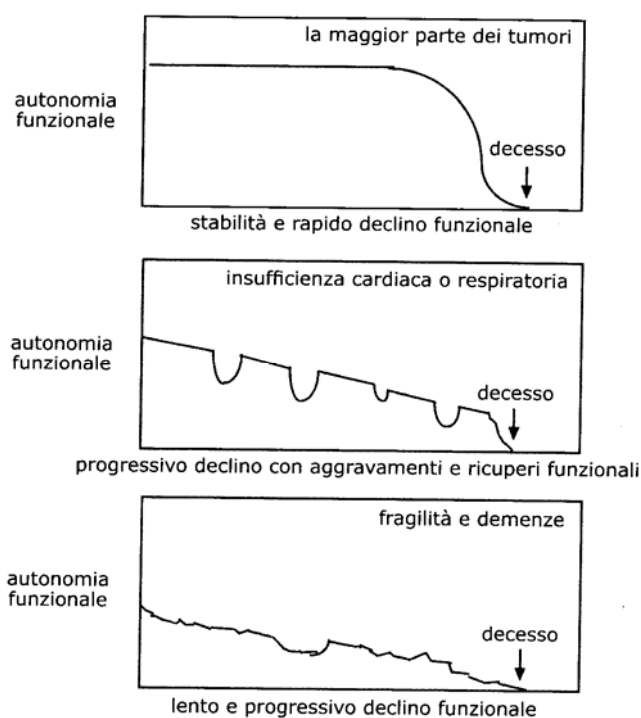


fig. 1

Il danno multi-organo potrebbe essere un segno per far pervenire alla diagnosi di morte imminente.

Non c'è quindi un organo da curare ma una persona di cui prendersi cura in una nuova prospettiva di medicina più attenta all'approccio olistico.

⁵ Carta degli Operatori Sanitari, 1995, Città del Vaticano.

⁶ Luney et al, 2003, *Patterns of functional decline at the end of life*, Journal of American Medical Association, vol. 289, pp 2387-2392 .

2. Chi è la persona che ci troviamo di fronte?

«Ad ogni essere umano, dal concepimento alla morte naturale, va riconosciuta la dignità di persona. Questo principio fondamentale, che esprime un grande “sì” alla vita umana, deve essere posto al centro della riflessione etica sulla ricerca biomedica, che riveste un’importanza sempre maggiore nel mondo di oggi⁷»

La nostra paziente è una persona che, qualche ora prima di giungere in U.T.I.C., ha chiesto alla figlia di essere portata in ospedale e, sono state proprio quelle, le sue ultime parole. Ora non è cosciente e non è in grado di comunicare verbalmente, ma è sempre una persona. «[...] Sono persone tutti coloro che appartengono alla specie umana, quali che siano le condizioni in cui attualmente si trovano, per quanto riguarda l’esercizio dell’autocoscienza, della razionalità e della libertà. In altre parole sono persone tutti gli esseri umani⁸». In quanto persona la paziente ha dei bisogni da soddisfare, che gli operatori sanitari devono prima riconoscere e poi soddisfare.

Fondamentale è l’analisi di questi bisogni, non sempre tutti chiaramente comprensibili. Esistono dei modelli di riferimento che sono i fondamenti della professione infermieristica. Secondo la teoria di A. Maslow i bisogni non sono statici, ma soggetti a una gerarchia conforme all’evoluzione, non è arbitraria ma radicata nell’organismo che impone un ordine dei valori. I bisogni interagiscono tra loro e racchiudono tutte le dimensioni dell’essere umano: biologica, psicologica, sociale e spirituale.

Il relativismo etico del XX secolo ci impone un maggior approfondimento perché a ogni uomo corrisponde un modello di salute e a ogni etica, una diversa antropologia. Da qui l’importanza del dialogo come esperienza tra più persone, tra più operatori, di ascolto e condivisione di un problema comune. Anche « l’infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l’incolumità e la vita dell’assistito⁹».

⁷ Congregazione della Dottrina della Fede, 2008, *Dignitas Personae*, Roma.

⁸ G. Russo, 2005, *Bioetica*, LAS, Roma.

⁹ Codice deontologico degli infermieri, Art. 8, 2009.

Il modello dell'alleanza terapeutica stringe uno stretto rapporto interpersonale tra gli operatori sanitari e il singolo paziente e ci conduce a modelli operativi personalizzati ottenendo risultati sorprendenti e clamorosi.

Soddisfare i bisogni significa rispettare la volontà della persona.

3. La volontà della persona.

In salute la volontà della paziente era quella di vivere serenamente gli ultimi istanti di vita, nel proprio letto, attorniata dai suoi cari.

Ma quando è giunto il momento, come spesso accade e la letteratura lo riporta frequentemente, l'attaccamento alla vita diventa molto forte e forte si fa sentire il diritto fondamentale alla vita, come pure il desiderio di guarire, nonostante l'età avanzata e le numerose patologie presenti.

Il paradigma del paternalismo medico è ormai desueto e va respinto. Il malato non è più confinato in posizione passiva ma deve avere la possibilità di partecipare nella relazione operatore sanitario-paziente e la sua volontà deve essere rispettata. Nello stesso tempo gli operatori sanitari non devono assumere il ruolo di meri esecutori della volontà del malato, la vita umana costituisce un bene indisponibile e come tale va garantito. Come troviamo nelle direttive deontologiche «l'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito¹⁰» ma al contrario «la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo¹¹».

Che cosa ha spinto la paziente a chiedere il nostro aiuto? La paura della sofferenza, il dolore della malattia sono sensazioni a cui non ci si può sottrarre, provocano angoscia, sensazione di sentirsi esposti, indifesi ed abbandonati, si acuisce il sentimento di precarietà e vulnerabilità dell'esistenza umana e per tradizione, soprattutto occidentale, si richiede l'aiuto degli operatori sanitari. «L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché

¹⁰ Codice deontologico degli infermieri, Art. 3, 2009

¹¹ Codice deontologico degli infermieri, Art. 38, 2009

l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari¹²». La sofferenza è la mancanza di benessere e questo non rispecchia il concetto di salute, che è invece uno « stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia e di infermità¹³». Compito degli operatori sanitari è quello di alleviare le sofferenze e prendersi cura del malato, che non sempre corrisponde alla sua guarigione. «[...] la vita umana ha un valore assoluto anche quando la salute viene meno[...] pertanto il modo più etico di concepire la salute consiste nel non nascondere i suoi limiti possibili come la menomazione, la malattia, la sofferenza, la vecchiaia e la morte, ma al contrario nel saperli affrontare, predisponendoci ad accettarli e a valorizzarli¹⁴».

Sempre la letteratura ci insegna l'importanza della filosofia pratica che si rivolge all'analisi di problematiche assistenziali e ci aiuta a trovare una risposta sulla qualità di vita dal paziente, sulle sue aspettative e sulle azioni da intraprendere. Ancora poca diffusa la figura del consulente filosofico, ancora meno praticabile nelle situazioni d'emergenza, ma quello che noi operatori sanitari non dobbiamo dimenticare, è l'importanza del rapporto empatico e dialogico con il malato al fine di comprendere quali sono le sue aspettative, la sua volontà nel rispetto del principio di autodeterminazione sancito nell'art. 32 della Costituzione Italiana e nell'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (ratificata dal Parlamento Italiano con legge del 28 marzo 2001).

Anche sul piano deontologico il principio di autonomia è chiaramente presente: «l'infermiere tutela la volontà dell'assistito a porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita¹⁵».

La teoria bioetica che fonda le sue radici sul principio di autonomia è quella proposta da H.T.Engelhardt, in cui la libertà dell'individuo è fattore incondizionante anche di fronte ai principi morali.

¹² Codice deontologico degli infermieri, Art. 34, 2009.

¹³ Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946.

¹⁴ Giorgio Palestro, 2007, *Salute e Malattia : spunti per una definizione*. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

¹⁵ Codice deontologico degli infermieri, Art. 36, 2009

Un'altra teoria fondamentale della bioetica che prende in considerazione l'autonomia è il principismo elaborato da T.L. Beauchamp e J.F. Childress, in cui autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia conservano un loro valore proprio e interagiscono fino a raggiungere accordi decisionali condivisibili, attribuendo ai vari principi un peso relativo nelle diverse situazioni particolari.

L'importanza dei principi di autonomia, beneficalità e giustizia è indubbia ma occorre però fuoriuscire da una mera concezione procedurale ed astratta formulazione di protocolli operativi, per prendere in considerazione l'atteggiamento soggettivo del singolo. Infatti una visione bioetica più completa è data dal personalismo che si colloca sia sul piano antropologico che su quello etico-normativo.

Il compito della bioetica è quello di regolamentare processi e procedure decisionali in situazioni dilemmatiche, dove tutto il sapere umano deve essere dedicato alla tutela della vita, in qualsiasi età essa si trova. Anche «l'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nella quotidianità e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica¹⁶».

L'eventuale decisione dei familiari non deve quindi offendere l'autonomia del paziente, se non vi è possibilità effettiva di espressione della sua volontà, ma anzi è intrapresa nel miglior interesse del paziente stesso.

L'ultima volontà della nostra malata è stata quella di richiedere un tentativo di guarigione e alleviare le sofferenze della malattia, e questo, è quello che è stato eseguito dai familiari e dagli operatori sanitari.

4. Il credo religioso.

Ogni persona ha diritto a essere curato nel rispetto della sua ideologia spirituale e religiosa, «l'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona¹⁷».

Lo scopo della religione è di generare uno spirito in cui tutti possono vivere nel rispetto e nella fratellanza.

¹⁶ Codice deontologico degli infermieri, Art. 16, 2009.

¹⁷ Codice deontologico degli infermieri, Art. 4, 2009

Ogni religione ha una propria storia e un proprio statuto. Nelle varie religioni, notevoli sono le differenze sul piano sociale, culturale ed educativo, ma ciò che le accomuna è la preoccupazione per la salvezza dell'uomo e il suo incontro con il trascendente, con il divino, qualsiasi nome esso abbia.

Quindi compito molto importante di ogni operatore sanitario è capire quale è la religione del malato che stiamo curando per poter agire nel rispetto del loro credo religioso, nell'attuale contesto caratterizzato dal pluralismo culturale.

La paziente ricoverata è cristiana cattolica, praticante fino a quando le condizioni di salute glielo hanno permesso. Per il cristiano la morte rappresenta l'ultimo atto normale e obbligato della vita terrena.

L'uomo occidentale moderno non accetta la finitudine della vita, l'uomo tecnologico sfida la morte e considera un errore il suo sopraggiungere, l'uomo scientifico la considera una sconfitta del proprio operato. Tutti cercano di occultare questo evento estremo tranne i mezzi di comunicazione, che per contro, sfruttano la sua spettacolarizzazione per aumentare *audience* mettendo in atto una vera congiura contro la vita.

Il cristiano invece «[...]individua tre prospettive entro le quali comprende la morte[...]: la morte come realtà di tutti e come qualcosa di naturale; la morte come conseguenza del peccato; la morte come occasione di unione intima con Cristo e di vita eterna anche corporale, grazie alla valorizzazione del corpo offerta dalla risurrezione[...]»¹⁸.

Anche Cristo, con preghiere e suppliche chiede di essere liberato dalla morte ma non viene esonerato da tale esperienza.

La speranza viene riposta nella risurrezione dell'uomo come unità corpo-spirito, tale speranza si realizza in tutta la vita nell'atteggiamento del credente che spende la sua esistenza per gli altri fino alla morte.

Per il cristiano la morte rappresenta la logica intera della vita e il compimento del suo cammino, proprio con questo atto la vita si imprime di tutta la sua autenticità.

L'accettazione della morte è l'ultima fase di un percorso che qualunque uomo, di qualsiasi credo religioso sia, deve attraversare, queste fasi sono:

¹⁸ Carla Corbella, 2007, *La morte nel mondo contemporaneo*. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

- rifiuto o negazione (una difesa per proteggersi),
- rabbia o collera (massima richiesta di aiuto o massima chiusura),
- patteggiamento (un tentativo di mediazione attraverso le giuste cure o con Dio),
- depressione (conseguente alla presa di coscienza),
- accettazione (silenzio e raccoglimento anche con la famiglia)¹⁹.

«Nella nostra cultura l'assistenza spirituale nel morire è stata rappresentata dal sacerdote [...] ma ora non può più essere delegata soltanto a questa figura [...] deve nascere una nuova capacità di ascolto da parte del personale medico ed infermieristico, oggi spesso indifferente al mondo interiore del malato, ai suoi sentimenti, alla sua sofferenza, alle sue domande sovente inesprese²⁰».

Fermo restando che «l'assistenza religiosa è un diritto fondamentale del malato e un dovere della Chiesa [...] e ogni operatore sanitario è tenuto a creare le condizioni affinché, a chi la chiede, sia espressamente sia implicitamente, venga assicurata l'assistenza religiosa²¹». All'interno di ogni struttura sanitaria deve inoltre essere garantita la possibilità di ricevere il sacramento dell'unzione degli infermi che « non è il sacramento di coloro che sono in fin di vita [...] e il tempo opportuno per riceverla si ha già quando il fedele, per malattia o per vecchiaia, incomincia ad essere in pericolo di morte [...] e ancora soggetto consapevole e responsabile della grazia del sacramento, e non oggetto incosciente di un rito della morte imminente²²».

Purtroppo, alla paziente del caso clinico sopra citato, non è stata possibile somministrare il sacramento dell'unzione degli infermi se non quando già presente lo stato di incoscienza. Naturalmente è stata data priorità alle procedure di emergenza nella speranza che avrebbero risolto il problema acuto della paziente e fatto riacquistare la coscienza, ma così non è stato e il cappellano dell'ospedale ha somministrato il sacramento comunque alcune ore prima del sopraggiungere della morte e non a morte avvenuta, come spesso nelle terapie intensive avviene.

¹⁹ Kubler-Ross, 1976, *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella.

²⁰ Comitato Etico Fondazione Floriani, art. 9, 1999, *Carta dei diritti dei morenti*, Milano .

²¹ Carta degli Operatori Sanitari, §108, 1995, Città del Vaticano.

²² Carta degli Operatori Sanitari, §111, 1995, Città del Vaticano.

5. Il limite dell'evoluzione tecnologica nel rispetto della persona.

Il concetto di salute non è statico, ma in continua evoluzione.

Molte malattie sono state debellate, di altre la prognosi viene costantemente migliorata. La medicina esiste in quanto cura del patologico, in quanto riconosce nella malattia un disvalore, una negatività da rimuovere. Ma è sempre la persona che in autocoscienza pone una richiesta d'aiuto prodotta dall'evoluzione culturale, indotta e condizionata. Quindi la richiesta d'aiuto verso la medicina non è una richiesta individuale ma provocata dal livello culturale della società in cui viviamo. La persona è parte integrante del processo di cura che viene sottratto da ogni forma di paternalismo medico in quanto si è modificato il mandato che la società richiede alla medicina stessa. L'enorme progresso scientifico e tecnologico in campo medico ha reso possibile il mantenimento in vita di persone altrimenti condannate alla morte. Lo sviluppo scientifico ha permesso di aumentare l'età media di vita degli esseri umani, grazie al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, alla evoluzione della medicina preventiva, alla disponibilità di trattamenti farmacologici e strumentali, e dispositivi di sostegno delle funzioni vitali (tecniche rianimatorie, dialitiche), la circolazione extra-corporea che ha permesso l'evoluzione della cardio-chirurgia. «Tuttavia questi progressi non sono stati privi di conseguenze negative: il miglioramento e la razionalizzazione dell'assistenza al malato ha spesso comportato una spersonalizzazione del rapporto medico-paziente; l'arricchimento del sapere scientifico si è accompagnato a un diffuso impoverimento della componente umanistica della medicina²³». Il tecnicismo è l'abuso di attenzione rivolto alla tecnica adottata, compromettendo il delicato rapporto umano con il paziente. La grande fiducia nel progresso scientifico ha inoltre prodotto l'illusione che le possibilità del sapere umano siano illimitate, quasi a tendere all'immortalità. L'età media è aumentata, la qualità di vita migliorata. Il tema dell'invecchiamento è strettamente correlato alla questioni bioetiche, «il valore dell'età avanzata non può essere esaminata assumendo come modello di riferimento unicamente il paradigma della salute [...] ove l'ingravescente frequenza di condizioni intermedie tra piena salute e conclamata malattia, non devono togliere valore alla piena dignità dell'anziano²⁴» o di qualsiasi persona che attraversa una fase di malattia e che non è in grado di assumere con pienezza il controllo della

²³ CBN, 1995, Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana.

²⁴ CBN, 2006, Bioetica e diritti degli anziani, cap 2.

proprie capacità psico-fisiche e per le quali tutti gli operatori sanitari se ne devono prendere cura, non per prolungare la vita a ogni costo, ma evitando la morte prematura e a garantire una esistenza qualitativamente buona.

6. La giusta cura: limite tra dovere di cura e accanimento terapeutico?

Per trovare il limite tra dovere di cura e accanimento terapeutico occorre prima definire questi due concetti.

«L'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di servizio alla vita²⁵», indipendentemente dal tipo di impostazione religiosa o laica a cui si aderisce.

Secondo la riflessione ecclesiale il valore dato dalla Sacra Scrittura alla vita umana presuppone il dovere morale di rispettarla e «contemplando la maternità di Maria, la Chiesa scopre il senso della propria maternità [...] l'esperienza materna della Chiesa dischiude le prospettive più profonde per comprendere l'esperienza di Maria quale incomparabile modello di accoglienza e cura della vita²⁶».

Il dovere di cura, e di tutelare il bene della salute, è il fondamento della professione medica e infermieristica, come ben descritto nei Codici Deontologici di entrambi le professioni.

Quello che più è difficile comprendere e mettere in pratica nella quotidiana attività lavorativa, è la giusta cura, la cura della vita e non la cura della malattia, ponendo particolare attenzione all'adeguatezza dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale, dove il passaggio «da un'etica prevalentemente impostata sui problemi della correttezza tecnico-terapeutica a un'etica della cura, cioè della presa in carico globale della persona dei suoi sentimenti e della storia della sua vita²⁷», non è sempre facile.

La giusta cura deve essere un'arte mirata alla ricerca della qualità del bene da assicurare al paziente rispetto alla situazione concreta in cui si trova, non «deve essere solo un semplice intervento tecnico [...] ma un'arte che domanda passione e costante tirocinio di apprendimento [...] un'arte applicata in particolare in un ambiente

²⁵ Carta degli Operatori Sanitari, § 1, 1995, Città del Vaticano.

²⁶ Giovanni Paolo II, 1995, *Evangelium Vitae*, pf 102, Città del Vaticano.

²⁷ Pier Davide Guenzi, 2007, *Spunti bioetici per una correlazione tra principi e atteggiamenti virtuosi*. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

comunicativo adeguatamente interpretato e costruito affinché l'operatore acquisisca capacità gestionale anche in situazioni e casi più difficili²⁸».

La giusta cura non deve quindi sfociare in una condotta aggressiva non si deve configurare nell'ambito dell'accanimento terapeutico, nel pieno rispetto della dignità umana.

L'accanimento terapeutico è un « trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obbiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obbiettivi della condizione specifica²⁹». Occorre sempre valutare le condizioni cliniche concrete ed il reale effetto terapeutico dei mezzi impiegati evitando quindi le cure futili, bilanciando i potenziali apporti positivi e negativi.

L'accanimento terapeutico non deve essere un'espropriazione della libera e responsabile realizzazione dell'evento naturale morte.

Rinunciare all'accanimento terapeutico non significa praticare l'eutanasia, come ci ricorda Giovanni Paolo II nell'*Evangelium Vitae* al capitolo 66,

la decisione di rinuncia al cosiddetto "accanimento terapeutico", ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e un inevitabile, si può in coscienza 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 [...] l'obbligo morale di curarsi e farsi curare deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

«Sul diritto del paziente di sottrarsi a cure sproporzionate e, prima ancora, sul dovere

²⁸ Pier Davide Guenzi,, 2007, *Spunti bioetici per una correlazione tra principi e atteggiamenti virtuosi*. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

²⁹ CBN, 1995, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, cap. 2.

del medico di astenersi dal praticarle, vi è unanimità di vedute³⁰ », anzi ogni forma di accanimento terapeutico si configura come illecita.

«In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico-fisiche e fornendo al malato trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile della qualità di vita e dignità della persona³¹ ».

Il giusto limite tra dovere di cura e accanimento clinico è dato dalla proporzionalità delle cure.

7. La proporzionalità delle cure.

Al fronte dello squilibrio elettrolitico della paziente si è deciso di avviare terapia medica infusiva e di non procedere con l'ultrafiltrazione renale, pratica che avrebbe per altro comportato lo spostamento della paziente in altro presidio ospedaliero, e provocato sicuramente un grave incomodo fisico per la paziente senza ottenere la proporzionata speranza di un beneficio effettivo e duraturo per lei stessa.

La paziente non è stata lasciata morire «[...] il lasciar morire, pur non coincidendo con l'eutanasia, è in alcune circostanze eticamente problematico [...] sussistendo il dovere morale del medico di prestare le cure[...]»³², ma si è scelta una terapia medica infusiva piuttosto che una pratica invasiva, considerando anche il suo stato di incoscienza. L'obbligatorietà di una cura è sempre messa in rapporto alla effettiva situazione clinica del paziente, «[...] si insiste sulla necessità di valorizzare costantemente il principio clinico della proporzionalità delle cure con il coinvolgimento, fin dove è possibile del paziente nelle decisioni che gli vengono prospettate³³». La paziente non era più in grado di esprimere la sua volontà, ma si è tenuto conto del giusto desiderio dei familiari.

Una cura proporzionata è una cura efficace, utile, giustificabile e supportata da obiettivi raggiungibili finalizzati al bene del paziente, «in ogni caso, si potranno

³⁰ CBN, 2008, Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nelle relazioni paziente-medico, cap 1.

³¹ Codice Deontologico Medico, Art. 39, 2006

³² CBN, 2008, Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente cap. 4.

³³ CBN, 1991, *Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali.*

valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali³⁴», la proporzionalità del mezzo terapeutico deve quindi sempre emergere dal confronto della sua efficacia medica oggettiva con l'efficacia commisurata al singolo malato.

Alla paziente ricoverata in U.T.I.C. è stata messa in atto una terapia proporzionata alle sue critiche condizioni cliniche, i mezzi ordinari non sono stati sospesi, sono obbligatori e sono quelli che offrono una ragionevole speranza di procurare beneficio al paziente. Non è stato indotta ulteriore sofferenza fisica e prolungamento precario e penoso della qualità e durata vita.

Molto importante è anche tener presente la differenza tra mezzi straordinari e mezzi sproporzionati: i primi sono quelli che «eccedono per pericolosità e costi, ma possono produrre effetti positivi di lunga durata. Sono da ritenersi in ogni caso facoltativi³⁵», i secondi sono i mezzi «mai obbliganti che possono provocare un minimo beneficio, ma sono gravati da troppi effetti collaterali nocivi o contengono risposte terapeutiche insignificanti per la qualità e durata della vita. Questi ultimi sono da ritenersi illeciti salvo che diventino l'unico mezzo adeguato per compiere doveri morali urgenti³⁶».

Anche le direttive del CBN ribadiscono il concetto di illecità dell'accanimento terapeutico³⁷.

Per contro ad ogni paziente non bisogna negare l'utilizzo di mezzi ordinari per la tutela della vita, una giusta idratazione e alimentazione e una adeguata terapia del dolore; mettere in atto una giusta proporzionalità di cura non significa abbandono terapeutico.

Occorre rispettare il diritto della persona a non soffrire e il diritto a non essere lasciati soli. Quando non vi è più speranza di guarigione l'attenzione dei sanitari si deve

³⁴ Sacra congregazione per la dottrina della fede, 1980 *Iura et Bona*, cap. 4.

³⁵ Giuseppe Zeppegno, 2007, *Dovere di cura e accanimento terapeutico*, cap. 4. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

³⁶ Giuseppe Zeppegno, 2007, *Dovere di cura e accanimento terapeutico*, cap. 4. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

³⁷ CBN, 2008, cap 8, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nelle relazioni paziente-medico*.

concentrare sul controllo dei sintomi quali dolore, ansia e deperimento organico che accompagnano gli ultimi istanti della malattia.

La nostra paziente non è più guaribile ma ancora curabile. La sua esigenza fondamentale è quella di combattere il dolore, alleviare le sofferenze che ha coinvolto tutta la sua persona, inoltre, motivo per cui aveva richiesto l'aiuto degli operatori sanitari.

Al sopraggiungere di una crisi respiratoria, si è continuato a praticare terapie che alleviassero i sintomi, ma non sono state messe in atto manovre rianimatorie invasive.

Il poter fare di più ma non metterlo in pratica, non rappresenta l'incapacità degli operatori. Non tutti i mezzi esistenti e proposti dall'evoluzione biotecnologica si devono sempre utilizzare ma devono essere prese in considerazione in relazione alla singola persona che ci si trova innanzi.

Con l'evoluzione scientifica e con il passare del tempo, alcune terapie considerate straordinarie si sono trasformate in ordinarie, basta pensare all'utilizzo della terapia anestesiológica negli interventi chirurgici o all'estrema specializzazione in ambito chirurgico. La definizione del concetto ordinario e straordinario deve essere preso in considerazione, quindi, in base al reale contesto in cui effettivamente si opera.

8. L'accompagnamento alla morte.

L'infermiere assume un ruolo determinante nella fase di accompagnamento alla morte, si occupa della presa in carico del paziente e dei suoi bisogni, è il garante dell'appropriatezza dell'assistenza e delle cure, ambito in cui giocano un ruolo centrale il rispetto per la *privacy* del paziente e della sua famiglia, il controllo dei sintomi, il *comfort* il supporto informativo ed emozionale e la possibilità per i famigliari di rimanere con il proprio caro, se lo desiderano. Come si trova ben espresso nel Codice Deontologico in alcuni articoli «l'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del *comfort* ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale³⁸» e «riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura riabilitazione e palliazione³⁹».

³⁸ Codice Deontologico degli Infermieri, Art. 35, 2009.

³⁹ Codice Deontologico degli Infermieri, Art. 6, 2009.

L'impostazione di un reparto di Terapia Intensiva è molto aggressiva, occorre quindi in una fase terminale di vita rimodulare, completamente, quelli che sono tutti gli interventi assistenziali da mettere in atto, lo scopo è ridurre le distanze tra ciò che teoricamente è possibile fare per migliorare la qualità di vita delle persone e ciò che concretamente è possibile fare nella specifica realtà. Come già visto nel capitolo precedente, rinunciare all'accanimento terapeutico non significa abbandonare il paziente, «il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure [...] non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche solo al fine di lenire la sofferenza fisica e psichica⁴⁰». L'obiettivo di cura si è quindi modificato,

il primo obiettivo è il sollievo del dolore, che, pur non essendo né il più frequente né il più grave dei sintomi del malato terminale, è quello che sappiamo curare meglio. [...] spesso si tende a delegare a competenze specifiche la terapia del dolore [...] questa tendenza può avere relazione con la scelta di atteggiamenti "difensivi" che possono essere utilizzati dai medici per evitare possibili conseguenze medico-legali causate dalla scelta di somministrazione di farmaci analgesici con potenziali effetti collaterali pericolosi⁴¹.

A tal proposito il Magistero si esprime positivamente all'utilizzo dell'antidolorifico anche se per effetto collaterale potrebbe in qualche modo abbreviare la vita della persona; studi recenti comunque confermano la trascurabile influenza della terapia con oppioidi sul tempo di sopravvivenza⁴².

la soppressione del dolore e della coscienza per mezzo dei narcotici [...] è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente (anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede che l'uso dei narcotici abbrevierà la vita [...] se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali [...] benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina dispone⁴³

⁴⁰ Codice Deontologico Medico, Art. 23, 2006.

⁴¹ CBN, 2001, cap 4, *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*, 30 marzo .

⁴² Pontenoy et al, 2006 *Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population*, J Pain Symptom Manage, vol 32, pp532-540.

⁴³ *Iura et Bona*, 1980 , Sacra congregazione per la dottrina della fede, cap. 3, Roma

Il dolore è un'esperienza soggettiva che è influenzata dal tipo di patologia che lo provoca, dalla personalità e dalla cultura del paziente e dalle condizioni ambientali in cui si trova. Per la misurazione dell'intensità del dolore si usano delle scale di autovalutazione che possono essere analogiche, numeriche e verbali. La paziente è incosciente e non in grado di esprimere verbalmente il livello di dolore, quindi apparentemente priva di dolore, ma molto importante è analizzare il linguaggio corporeo. Esistono delle scale di valutazione del dolore in pazienti con compromissione cognitiva che si basano appunto sull'analisi dei comportamenti e del linguaggio del corpo e prendono in considerazione: respirazione, vocalizzazione, espressione facciale, espressione del corpo e consolabilità del paziente. Improvvisamente compare una crisi di agitazione, dispnea, movimenti inconsulti degli arti, come se volesse comunicare il suo stato di malessere.

In fase terminale il legame tra dolore, dispnea, ansia, paura e panico tendono a fondersi, aumentare, automantenersi in mancanza di un efficace intervento palliativo che lo interrompa.

Il trattamento farmacologico sintomatico del dolore e della dispnea nella fase terminale di malattia, e non solo, fondamentale è sovrapponibile, prevede l'uso di oppioidi, benzodiazepine e ossigeno.

Le cure palliative interpretano la vita e la morte secondo un processo fisiologico naturale, non vogliono né accelerare la fine, né prolungare l'agonia, ma offrono un sistema di aiuto che coinvolge la sfera fisica, sociale, psicologica e spirituale del paziente. L'esigenza fondamentale rimane quella di combattere il dolore.

La rinuncia o il rifiuto consapevole da parte del paziente ad un determinato trattamento non vanno automaticamente identificati con l'atto finale della relazione di alleanza terapeutica [...] rifiutare un trattamento non significa rifiutare ogni tipo di trattamento; così come la cessazione di una cura è cosa ben diversa dalla cessazione del "prendersi cura" [...] l'analgosedazione terminale, se ed in quanto avente unicamente finalità lenitive della sofferenza del paziente [...] rappresenta una procedura non solo lecita, ma altresì doverosa [...]. L'apprezzamento per le terapie del dolore non solo risulta consolidato a livello degli orientamenti bioetici generali, ma ha trovato accoglienza anche nel Codice Deontologico e nel diritto positivo⁴⁴.

⁴⁴ CBN, 2008, cap 6, Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nelle relazioni paziente-medico.

Alla valutazione positiva del dolore, concomitante all'improvvisa crisi di agitazione e dispnea, alla nostra paziente è stata praticata terapia infusiva con oppioide a piccoli boli ripetuti fino alla completa regressione dei sintomi, ed è stata mantenuta l'ossigenoterapia con occhialini a bassi flussi. L'idratazione endovenosa è stata lasciata fino alla constatazione del decesso della paziente avvenuto poco dopo alla presenza costante della figlia e del cappellano dell'ospedale.

«È fondamentale perciò la cooperazione sensibile e attenta; il diritto a una morte umanamente dignitosa coinvolge l'assistenza nella sua integrità⁴⁵».

9. Riflessione personale.

Il passaggio dalla rinuncia dell'accanimento terapeutico all'accompagnamento alla morte è molto importante per l'assistenza infermieristica. Nel percorso professionale ho modificato completamente il mio comportamento. All'inizio della attività lavorativa era difficilmente contemplabile il rifiuto all'accanimento terapeutico, soprattutto in una Terapia Intensiva, pratiche e terapie rianimatorie venivano perpetrate anche di fronte alla certezza dell'insuccesso. Le professioni sanitarie sono molte evolute anche in ambito relazionale e questo grazie al grande impulso della bioetica e alla costituzione del Comitato Nazionale della Bioetica e alle sue direttive.

Il malato terminale non ci deve intimorire, la nostra presenza accanto è di fondamentale aiuto anche attraverso piccoli gesti: il tocco-massaggio, lo stringere la mano, il parlare anche solo dicendo "suo figlio sta arrivando, l'abbiamo chiamato" o "abbiamo iniziato la terapia per toglierle tutto il dolore". Molto c'è ancora da fare e molto importante è la formazione «l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide e aggiorna saperi e competenza attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati⁴⁶».

⁴⁵ Enrico Larghero, 2007, *Dovere di cura e accanimento terapeutico: appunti sul Codice Deontologico*. Tratto da: *Dalla parte della vita*, Effatà Editrice, Torino.

⁴⁶ Codice Deontologico degli Infermieri, Art. 11, 2009.

CONCLUSIONE

Ciò che spaventa l'essere umano non è la morte ma la sofferenza nell'atto di morire.

Questa sofferenza induce la persona a chiedere di essere portato in ospedale con la convinzione che in questo luogo si possa alleviare la sofferenza, che invece viene accolto dagli operatori con l'aspettativa di curare per guarire, la realtà così distorce le aspettative del malato.

Si dimentica la dimensione spirituale della persona «la maggior preoccupazione dell'uomo non è la ricerca del piacere o tentativo di evitare il dolore, ma la comprensione del senso della sua vita. Ecco perché l'uomo è perfino disposto a soffrire, a condizione però di sapere che le sue sofferenze hanno un significato⁴⁷».

«[...] il medico può lenire il dolore, ma non può prescrivere l'atteggiamento etico-spirituale di fronte ad esso. Il primo passo morale è quindi quello dell'accettazione; si deve capire che l'assurdità del dolore appare definitiva soltanto a chi si chiude alla ricerca di un senso⁴⁸».

Vi è la convinzione della fede nella medicina miracolistica, dal potere illimitato che giustifica la risoluzione per ogni problema di salute.

Anche di fronte alla dichiarazione delle persone di “volere morire in tranquillità nel proprio letto”, gli operatori sanitari dimenticano la dimensione della proporzionalità delle cure e, soprattutto in terapia intensiva, ci risulta impossibile comprendere che tutta la tecnologia disponibile, non ci permetterà mai di impedire la morte, ci risulta difficile accettare la finitudine della vita e lo viviamo spesso come una nostra incapacità, un insuccesso professionale.

I *mass media* per contro non ci aiutano, ogni complicità in ambito sanitario è pubblicizzata come malasanità, atto di superficialità o incapacità degli operatori sanitari.

Maggiore sensibilizzazione è necessaria tra gli operatori stessi ma anche maggior educazione sanitaria tra l'intera popolazione perché in fondo la morte è l'unica certezza della nostra vita.

Se dal profilo storico del prendersi cura si delineano due grandi orientamenti, garantire lo sviluppo della vita e allontanare la morte, gli operatori sanitari non si devono

⁴⁷ Viktor Frankl, 2008, *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*, pag. 111, Edizioni Erickson, Gardolo (TN)

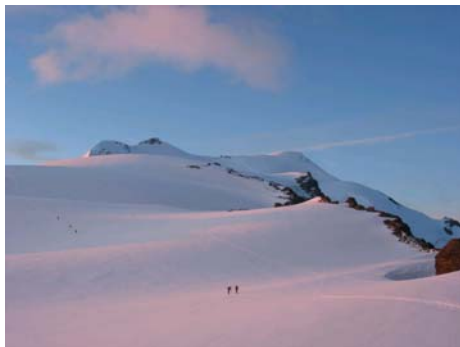
⁴⁸ Enrico Larghero, 2005, *Dolore e sofferenza nell'insegnamento di Giovanni Paolo II*, pag 83, Edizioni Camilliane, Torino.

concentrare maggiormente al secondo orientamento senza tener presente la qualità di vita e la sofferenza che può essere provocata dalle manovre invasive, quali l'introduzione di cateteri e sonde, o l'applicazione di strumenti di monitoraggio su un corpo malato.

Ricordandosi inoltre che la medicina non deve perseguire il bene della persona a dispetto della sua volontà, delle sue preferenze, dalla sua autonomia.

« L'orizzonte della bioetica ha a che fare con quegli obblighi fondamentali che abbiamo in quanto persone morali o partecipi di una società civile, che in caso di conflitti e disaccordi non possono non aver la meglio sui doveri più specificatamente legati alla professione che svolgiamo⁴⁹».

La conquista di una meta o di una vetta necessita di volontà e perseveranza, le insidie lungo il percorso sono numerose, solo la formazione, l'aggiornamento continuo, la collaborazione dell'equipe e l'allenamento possono permettere il raggiungimento dell'obiettivo previsto e gli imprevisti lungo il cammino vengono così superati. L'obiettivo delle professioni sanitarie è l'assistenza personalizzata.



⁴⁹ Eugenio Lecaldano, 2007, *Bioetica: le scelte morali*. GLF Edizioni Laterza, Roma-Bari.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV, 2008, *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*, Edizioni Erickson, Gardolo (TN).
- COMITATO ETICO FONDAZIONE FLORIANI, 1999, *Carta dei diritti ai morenti*.
- C.B.N., 1991, *Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali*.
- C.B.N., 1992, *Informazioni e consenso all'atto medico*.
- C.B.N., 1995, *Questioni Bioetiche relative alla fine della vita*.
- C.B.N., 2001, *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*.
- C.B.N., 2006, *Bioetica e diritto degli anziani*.
- C.B.N., 2008, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente*.
- CONVENZIONE DI OVIEDO, 1997, Consiglio d'Europa.
- ENRICO LARGHERO, 2005, *Dolore e sofferenza nell'insegnamento di Giovanni Paolo II*, Edizioni Camilliane.
- ENRICO LARGHERO e AAVV, 2006, *Guarirete: sfida tecnica o atto di fede?*, Edizioni Camilliane.
- ENRICO LARGHERO e GIUSEPPE ZEPPEGNO, 2007, *Dalla parte della vita – Itinerari di bioetica~I*, Effatà Editrice, Cantalupa.
- EUGENIO LECALDANO, 2007, *Bioetica: le scelte morali*. GLF Edizioni Laterza, Roma-Bari.
- GIOVANNI PAOLO II, 1995, Lettera Enciclica: *Evangelium Vitae*, Città del Vaticano.
- I.P.A.S.V.I., 2009, *Codice Deontologico degli Infermieri Italiani*, Roma.
- PONTIFICI CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, 1995, *Carta degli Operatori Sanitari*, Tipografia Vaticana, Città del Vaticano.
- SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, 1980, *Iura et Bona*, Roma.
- SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, 2008, *Dignitas Personae*, 2008, Roma.
- FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, 2006, *Codice Deontologico Medico*, Roma.