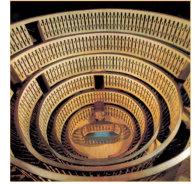


Università degli studi di Padova
Dipartimento di Diritto Comparato



Corso di perfezionamento in Bioetica

Anno Accademico 2009 – 2010

Direttore: Corrado Viafora
Professore di Bioetica – Dipartimento di Filosofia

Morire in ospedale.
Il punto di vista di medici e infermieri

Documento di fine corso a cura di
Franco Pertoldi, Direttore Dipartimento di Emergenza
Giuseppe Sclipa, Direttore sanitario
Ospedale di San daniele del Friuli (UD)

INDICE

1. Introduzione	pg. 3
2. Materiali e metodi	pg. 5
3. Risultati	pg. 7
3.1 La popolazione	pg. 7
3.2 Le tematiche generali di bioetica	pg. 9
3.3 La lettura e le indicazioni dal contesto locale	pg. 13
4. Discussione	pg. 21
5. Conclusioni	pg. 24
6. Limiti dello studio	pg. 26
7. Bibliografia	pg. 26
8. Allegati	pg. 27
8.1 Questionario	pg. 28
8.2 Tabelle	pg. 34
8.3 Struttura del corso di formazione	pg. 41

1. INTRODUZIONE

“Il diniego della morte che contrassegna il mondo contemporaneo getta nuovi fardelli sulle spalle di pazienti, medici e infermieri. Sentendosi addossare la responsabilità di ogni decesso, i medici sono indotti, dal senso di colpa e dalla preoccupazione, a lottare sempre più per prolungare la vita, spesso a scapito della sua qualità” (1).

Una ricerca datata 1996, pubblicata su Archives of Internal Medicine, relativa alla assistenza a pazienti con cancro o demenza in stato avanzato, ricoverati in un ospedale per malati terminali degli Stati Uniti, ha rivelato che, per il 24% di entrambi i gruppi, era stata tentata la rianimazione cardiopolmonare e che il 55% delle persone affette da demenza senile avevano cessato di vivere con i tubi per l'alimentazione forzata ancora inseriti.

Forse “abbiamo bisogno di una nuova teoria della morte. Una teoria che faccia guardare oltre, non verso l'immortalità, ma verso un orizzonte capace di dare un senso più pieno alla vecchiaia (sempre più lunga, spesso vissuta con salute incerta) e, dunque, alla morte moderna che la scienza ha convertito da acuta in cronica” (2).

Da qualche anno, ormai, l'ospedale di San Daniele del Friuli ha iniziato un percorso di avvicinamento ai temi della bioetica, proprio a partire dalla complessità dei contenuti, professionali e relazionali, propri della cura prestata alla persona morente.

La tipologia e le funzioni che l'ospedale eroga ci ha stimolato, ora, ad approfondire il tema della morte in ospedale: ogni anno, infatti, circa 350 persone terminano la loro vita in un letto della medicina, o della terapia intensiva, o della chirurgia, molto raramente anche in pediatria. La percezione, non ancora misurata, ma che ci è sinceramente propria, è che l'ospedale non sappia rispondere, come crediamo dovrebbe, alla domanda di cura e di accompagnamento che il morente e i suoi cari ci rivolgono.

Alcuni percorsi formativi specifici hanno cercato recentemente di fornire strumenti concretamente utilizzabili di fronte al disagio che connota l'esperienza di chi deve comunicare una prognosi infausta, o deve molto frequentemente rapportarsi con la persona al termine della propria vita.

Questo lavoro nasce per contribuire a sviluppare progetti di formazione che vedano gli interessi del paziente ed il rispetto della dignità della persona al centro delle attività sanitarie. La formazione su questi temi delicati può infatti essere facilitata proprio ragionando sulla dignità che *“ha il merito di disaggregare contrapposizioni molto spesso ideologiche (la contrapposizione tra bioetica laica e bioetica cattolica tanto enfatizzata),*

obbligando ciascuna coscienza e ciascuna tradizione a venire allo scoperto, a confrontare le proprie immagini di vita degna, di morte degna. Dove con l'idea di dignità attribuita alle convinzioni espresse in queste immagini si intende il fatto che sono meritevoli di essere insieme 'credute' personalmente e 'pensate' pubblicamente" (3).

2. MATERIALI E METODI

L'indagine sul valore attribuito alle questioni etiche e sulla percezione delle qualità del morire è proposta a medici ed infermieri che operano nell'ospedale per acuti di San Daniele del Friuli.

L'ospedale serve un bacino di circa 100.000 abitanti della fascia collinare friulana, territorio di competenza della Azienda per i Servizi Sanitari n°4 "Medio Friuli", che ha sede a Udine. L'ospedale "Sant' Antonio Abate" è un presidio "storico" della Regione FVG, ora inserito nella rete dell'offerta regionale come "presidio ospedaliero con funzioni di base" ("spoke" nel sistema Hub & Spoke).

Ha un volume di attività annua di circa 10.000 ricoveri tra degenza ordinaria e degenza diurna, 30.000 accessi al Pronto Soccorso, 4.000 interventi chirurgici e oltre 1.100 parti. Le persone che muoiono ogni anno in ospedale sono circa 350, prevalentemente nel reparto di Medicina Interna e nella Terapia Intensiva.

Per una ricognizione sulla sensibilità verso i problemi etici e, in particolare, per ottenere informazioni su come gli operatori percepiscono la qualità del morire in ospedale, è stato somministrato un questionario, mutuato da esperienze realizzate nella vicina Regione Veneto (4; 5), che rappresenta l'esperienza probabilmente più avanzata sia sul versante della formazione in bioetica, che nella operatività dei comitati etici.

Le domande del questionario, strutturate con la possibilità di scegliere tra affermazioni predefinite, esplorano quanto siano o non siano agite le "buone pratiche" assistenziali, quale sia il livello di comfort offerto dalla struttura, quale spazio sia concesso alla relazione con il morente e con i suoi familiari. La parte iniziale dello strumento cerca di testare quale peso abbiano, più in generale, i temi della bioetica tra i medici e gli infermieri ed in che misura questi temi siano interiorizzati.

L'elaborazione delle risposte fornite dagli operatori consentirà la ripresa del progetto di formazione già avviato. Il progetto potrà ora avvalersi, per condividere le basi teoriche della bioetica, della metodologia appresa durante il corso di perfezionamento e delle indicazioni pratiche emerse durante l'esperienza padovana, entrambe indispensabili per affrontare le indicazioni e/o le criticità che il questionario renderà evidenti.

Il questionario, anonimo, è somministrato a tutto il personale infermieristico e medico delle Strutture Operative Complesse di Medicina, Chirurgia, Pediatria e Terapia Intensiva: nel mese di luglio 2010 sono stati consegnati 170 questionari, lasciati a disposizione per tre settimane.

Le risposte sono state inserite in un data base generale che ha consentito l'effettuazione delle successive elementari elaborazioni statistiche (Epi_Info®, versione 3.5.1).

Le tabelle sono state trasposte da Epi_Info® in Excel®.

Il questionario e le tabelle sono forniti in allegato.

3. RISULTATI

3.1 La popolazione

Su 170 operatori coinvolti, 157 hanno risposto al questionario (response rate 92.4%).

La Tabella 1 mostra la distribuzione della popolazione in studio, secondo alcune variabili di carattere demografico e lavorativo.

Quasi l'80% della popolazione è di sesso femminile, mentre più del 65% ha un'età compresa tra i 30 ed i 50 anni ed ha un'anzianità lavorativa di oltre 10 anni.

Dal punto di vista lavorativo, la popolazione è composta quasi per il 75% da infermieri e in più del 65% dei casi opera in area critica o area medica.

Tabella 1. La popolazione

		[N tot= 157]	
		N	%
sesso	F	123	78,3
	M	34	21,7
classi di età	< 30	15	9,6
	31 - 40	55	35,0
	41 - 50	53	33,8
	> 50	20	12,7
	N.D	14	8,9
professione	medici	40	25,5
	infermieri	117	74,5
anzianità lavorativa [anni]	< 3	15	9,6
	3 - 10	39	24,8
	> 10	103	65,6
area lavorativa	medica	46	29,3
	chirurgica	33	21,0
	pediatrica	21	13,4
	critica	57	36,3

I grafici 1 e 2 evidenziano come la maggior parte degli operatori sanitari abbia avuto un approccio “formativo” con la bioetica (85%) e come, nella maggior parte dei casi, tale approccio sia avvenuto attraverso convegni e seminari (50%) o letture personali (42%).

Grafico 1

Distribuzione della popolazione in base all'effettuazione o meno di iniziative formative in bioetica (N tot = 157)

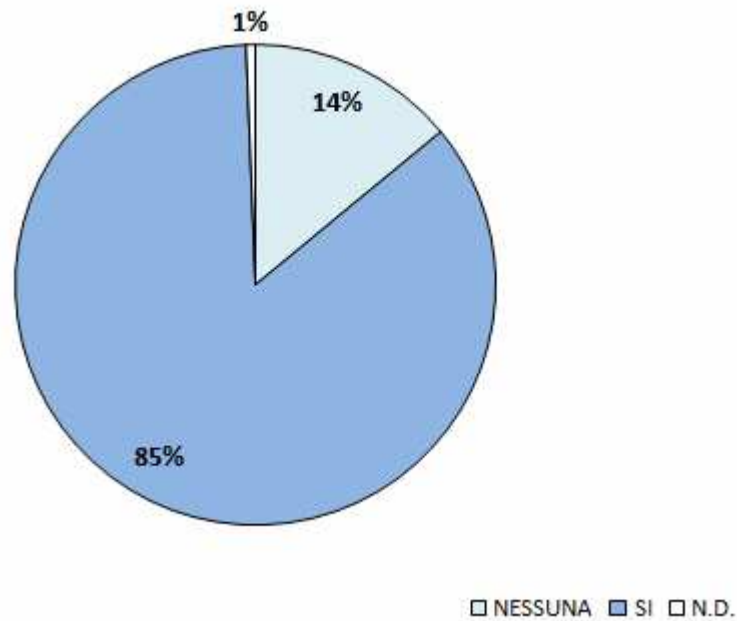
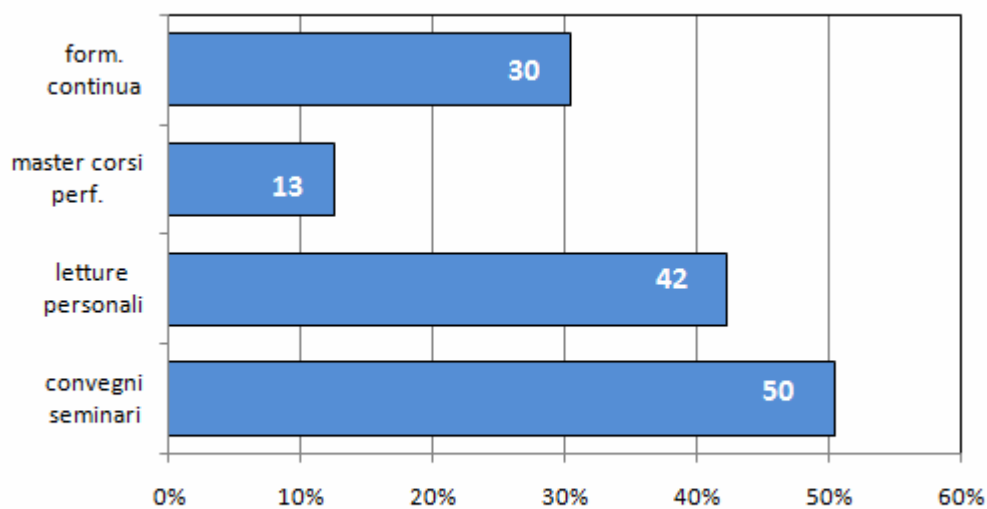


Grafico 2

Distribuzione della popolazione per tipologia di formazione in bioetica (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



3.2 Le tematiche generali di bioetica

Nel grafico 3 è rappresentata la percentuale per ciascuna risposta che gli operatori intervistati hanno fornito alla domanda “che cosa rappresenta per te l’etica in sanità?”.

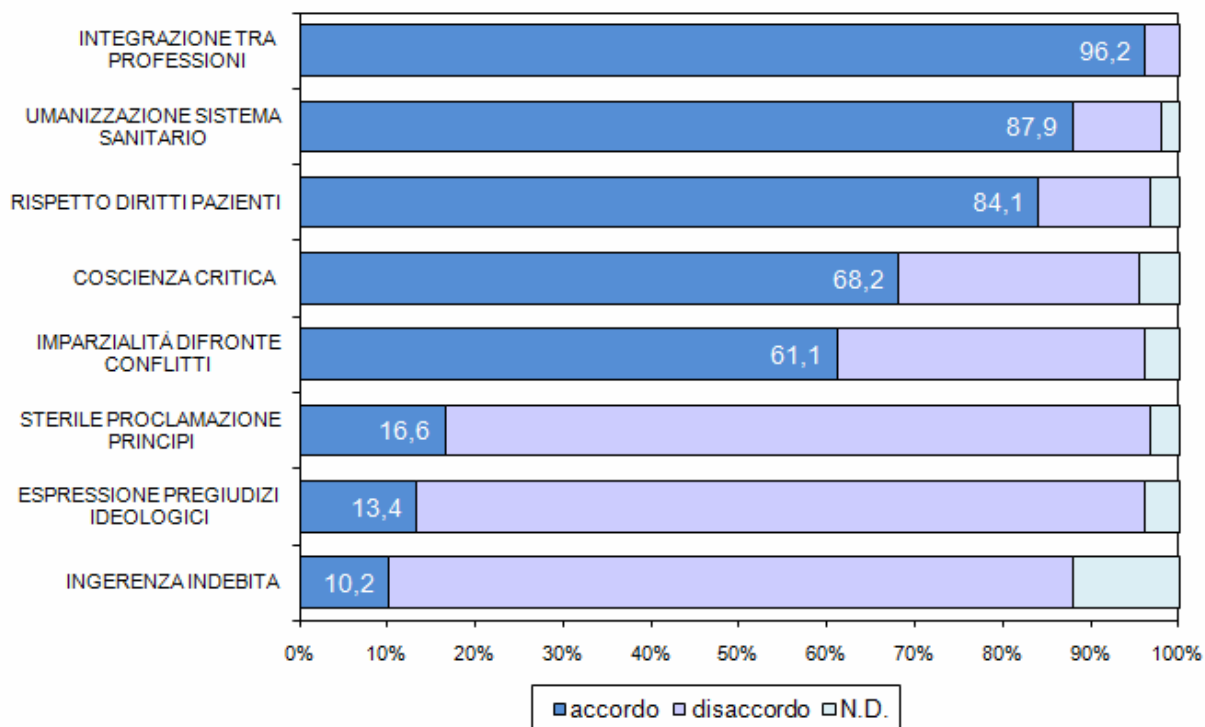
La maggior parte degli intervistati ritiene che l’etica in sanità rappresenti un momento di integrazione tra le professioni sanitarie (96%), oltre che una umanizzazione del sistema sanitario (88%), con riferimento soprattutto al rispetto per i diritti dei pazienti (84%).

La maggioranza degli operatori individua anche la possibilità di pensare l’etica in sanità come l’espressione di una coscienza critica (68%) e come uno strumento utile per ricondurre ad imparzialità le situazioni conflittuali (61%).

Tuttavia, quasi il 25% degli operatori intervistati identifica l’etica come il luogo o il momento in cui prendono corpo i pregiudizi ideologici o come una indebita ingerenza nelle questioni cliniche.

Grafico 3

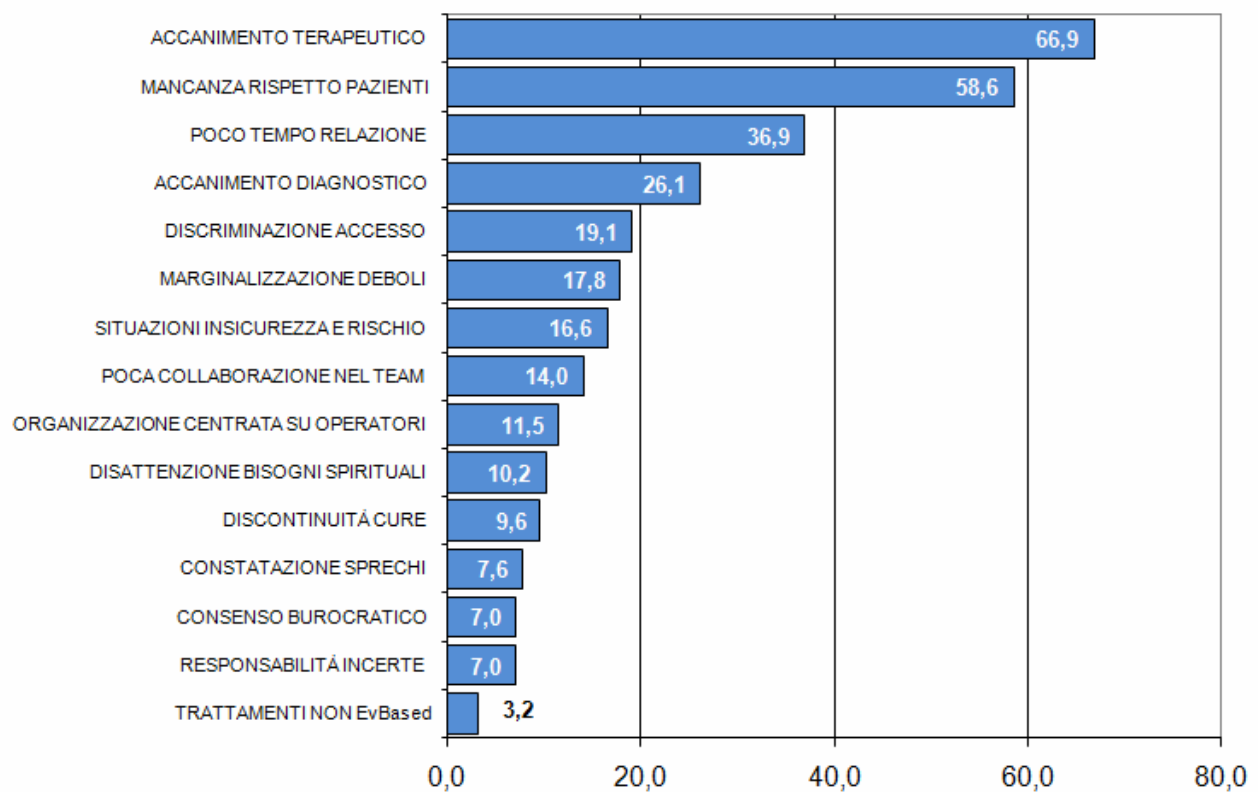
Percezione del significato/valore dell’etica in sanità (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



Il grafico 4 illustra sinteticamente le principali fonti di sofferenza morale indicate dagli operatori intervistati. Più di metà della popolazione individua come fonte di sofferenza morale l'accanimento terapeutico (67%) e la mancanza di rispetto nei confronti dei pazienti (59%). Anche la scarsità del tempo a disposizione per la relazione di cura è rappresentata in maniera significativa (37%, al terzo posto della "lista"). Sprechi, burocrazia, responsabilità e trattamenti non basati sull'evidenza scientifica, invece, sono percepiti come fonti meno indicative di sofferenza morale.

Grafico 4

Principali fonti di sofferenza morale per gli operatori sanitari (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



La tabella 2 si riferisce alla corrispondenza tra le risposte di medici e infermieri relativamente alla individuazione degli ambiti di possibile conflitto morale (con la propria coscienza, tra le diverse figure professionali o in ambito sociale più ampio) associato alle più frequenti situazioni nella pratica di ogni giorno.

I punti in cui non vi è corrispondenza di opinione tra le due categorie professionali sono solamente due: la comunicazione di prognosi infausta (medici collocano il conflitto prevalentemente all'interno della propria coscienza, gli infermieri lo collocano

prevalentemente tra le differenti professioni) e l'utilizzo di mezzi di contenzione nell'anziano (esattamente l'inverso).

Tabella 2

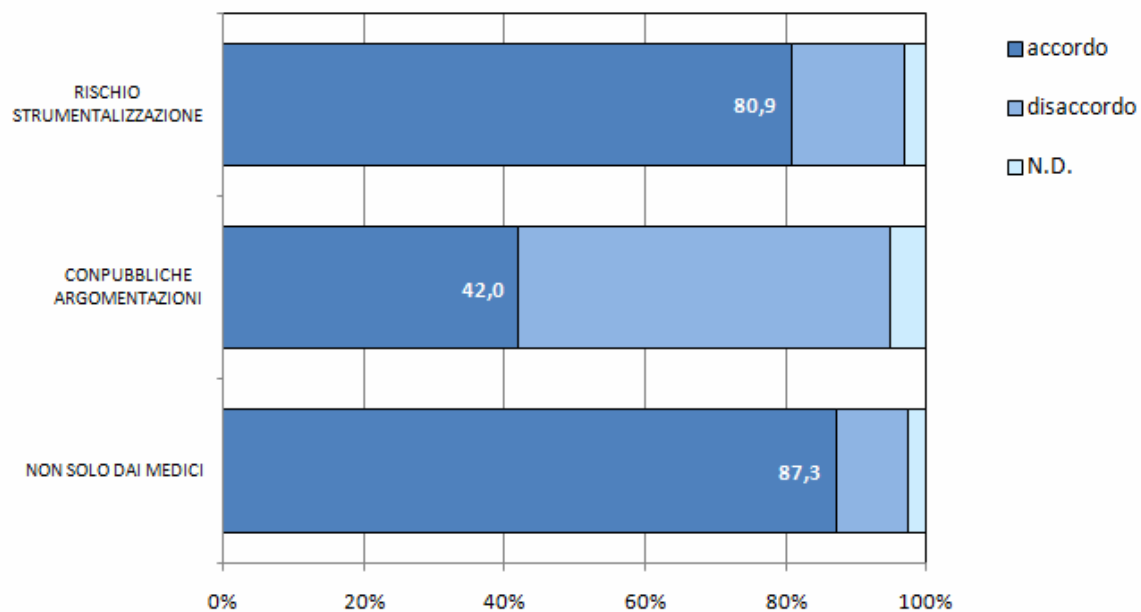
Collocazione del possibile conflitto morale nell'espletamento di pratiche sanitarie

	per la propria coscienza		tra figure professionali		nella società	
	INFERMIERI	MEDICI	INFERMIERI	MEDICI	INFERMIERI	MEDICI
AIUTARE PAZIENTI CON MALATTIA INGUARIBILE						
DIMETTERE NON AUTO SUFF. SENZA RETE FAMIL.						
ATTUARE CONTENZIONE GERIATRICA						
COMUNICARE DIAGNOSI INFAUSTA						
STABILIRE PRIORITÀ IN SCARSITÀ RISORSE						
GESTIRE RIFIUTO TRATTAMENTO						
PRATICARE TERAPIA CON OPPIACEI						
PRATICARE SEDAZIONE PALLIATIVA						
PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. DEMENZA TERM.						
GESTIRE CONSENSO IN URGENZA						
GESTIRE CONSENSO NEGLI INCAPACI NATURALI						
GESTIRE CONSENSO IN CHIRURGIA DEMOLITIVA						
GESTIRE RICHIESTA EUTANASIA PZ TERMINALE						
PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. SVP						
ASTENERSI DA SOSTEGNO VITALE						
INTERROMPERE SOSTEGNO VITALE						

Il grafico 5 mostra quanto sia diffusa (87% degli intervistati) la convinzione che, nell'attuale pratica clinica, siano sempre più messi in gioco i diritti fondamentali della persona e come tali diritti non possano essere consegnati alla gestione dei soli medici. L'81% ritiene, invece, che i nuovi problemi sollevati dalle attuali pratiche cliniche siano esposti alla strumentalizzazione politica e alla spettacolarizzazione mediatica, mentre solo il 42% del campione ritiene che i dibattiti pubblici e argomentati rappresentino uno strumento efficace per ricercare le risposte condivise ai quesiti che le nuove frontiere dell'etica pongono in ambito clinico.

Grafico 5

Come devono essere affrontati i dilemmi etici nella pratica clinica (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



3.3 La lettura e le indicazioni del contesto locale

I grafici 6 e 7 rendono evidente come la grande maggioranza degli intervistati (81%) ritenga che, nella realtà in cui operano, i problemi etici siano affrontati, anche se la discussione occasionale resta lo strumento maggiormente utilizzato (35 % delle risposte).

Grafico 6

Quanto sono affrontati i problemi etici nel contesto lavorativo (N tot = 157)

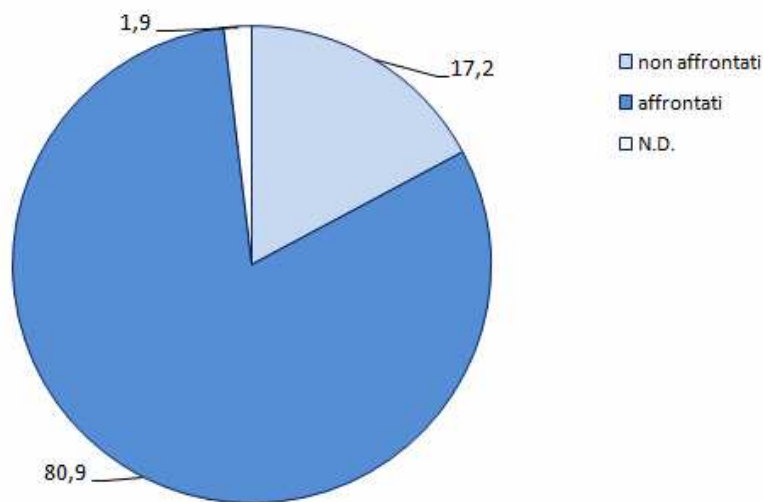
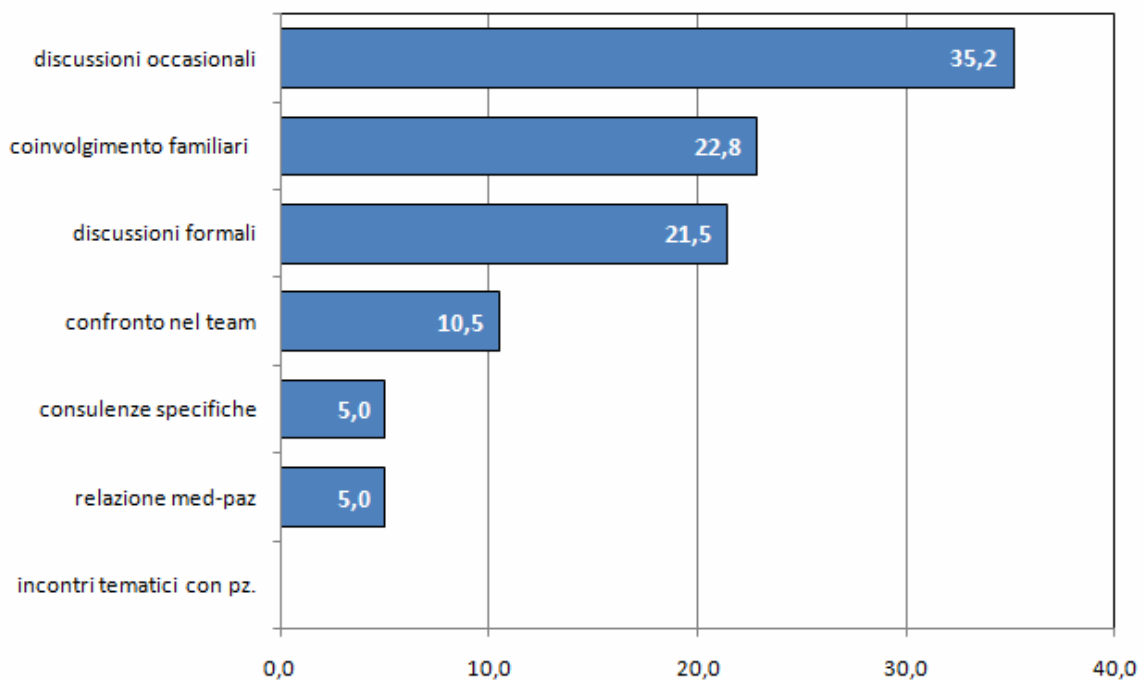


Grafico 7

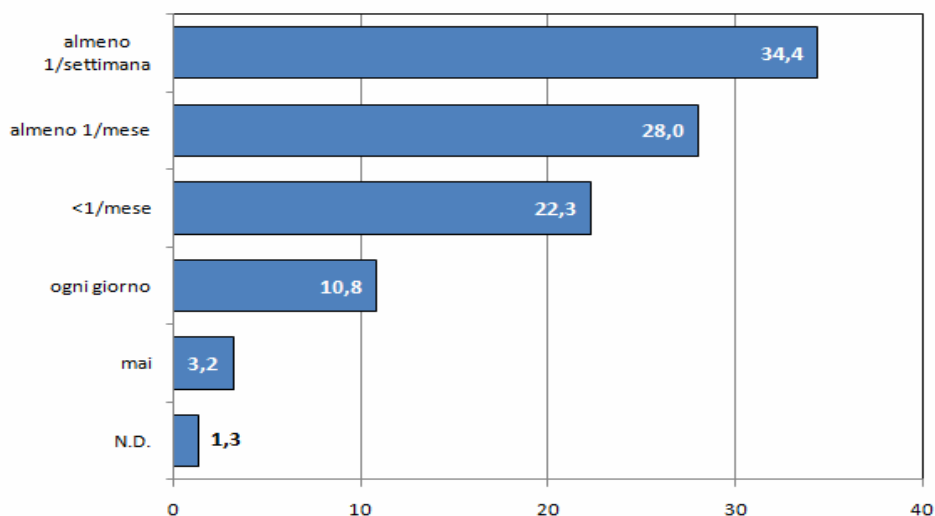
Come sono affrontati i problemi di etica clinica (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



Il grafico 8 rappresenta la frequenza con cui il medico e l'infermiere si trovano a doversi confrontare con la morte e il morente nel loro contesto lavorativo: per quasi il 35% degli operatori l'evento "morte" è una esperienza che avviene almeno una volta la settimana. Agli estremi della distribuzione si situano gli operatori che quotidianamente si rapportano con il morire e la morte (11%) e quelli che non hanno mai avuto questa esperienza (1,3% del campione, in area pediatrica).

Grafico 8

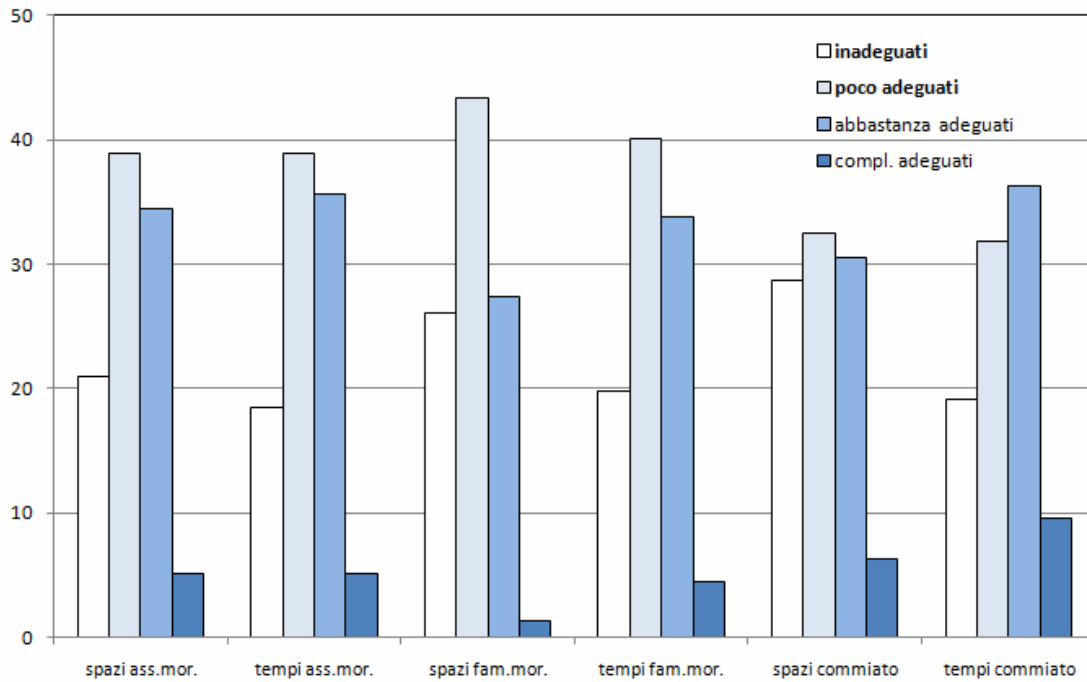
Frequenza contatto con il morire e la morte (valore %, N = 157)



Il grafico 9 sintetizza i giudizi che gli intervistati esprimono circa l'adeguatezza della struttura e la disponibilità di tempo per assistere il morente e per curare la relazione con i suoi familiari, nell'immediatezza dell'evento fino al momento del commiato. Il dato che emerge è che una percentuale molto esigua degli intervistati (dall' 1 al 10% a seconda della variabile indagata) ritiene che la logistica e i tempi siano completamente adeguati; piuttosto, in tutte le situazioni evidenziate, la maggior parte degli operatori (dal 32 al 43%) ritiene la propria realtà "poco adeguata"

Grafico 9

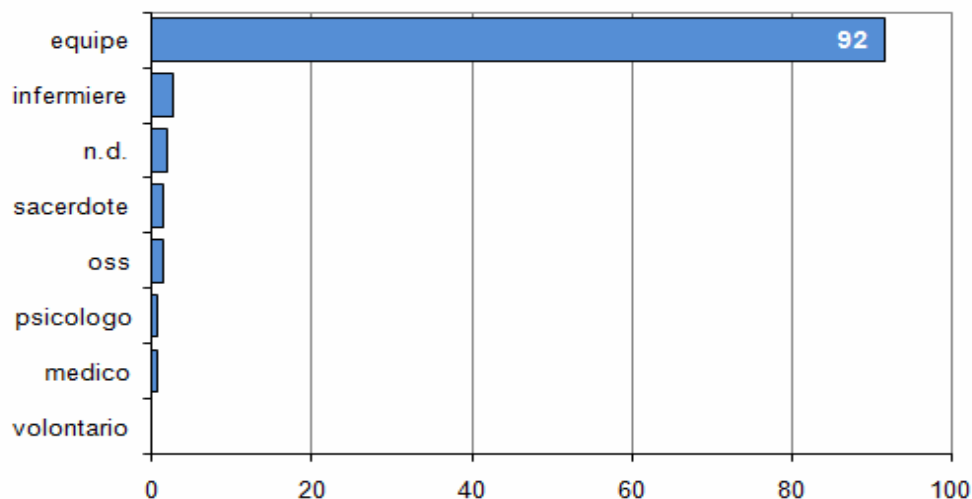
Valutazione adeguatezza delle condizioni strutturali e dei tempi (valore %, N = 157)



Il grafico 10 mostra come la quasi totalità degli operatori (92%) ritenga che l'accompagnamento del morente e dei suoi familiari sia un compito dell'intera equipe, piuttosto che di altre singole figure professionali.

Grafico 10

Attribuzione compiti di accompagnamento del morente e dei suoi familiari (valore %, N = 157)



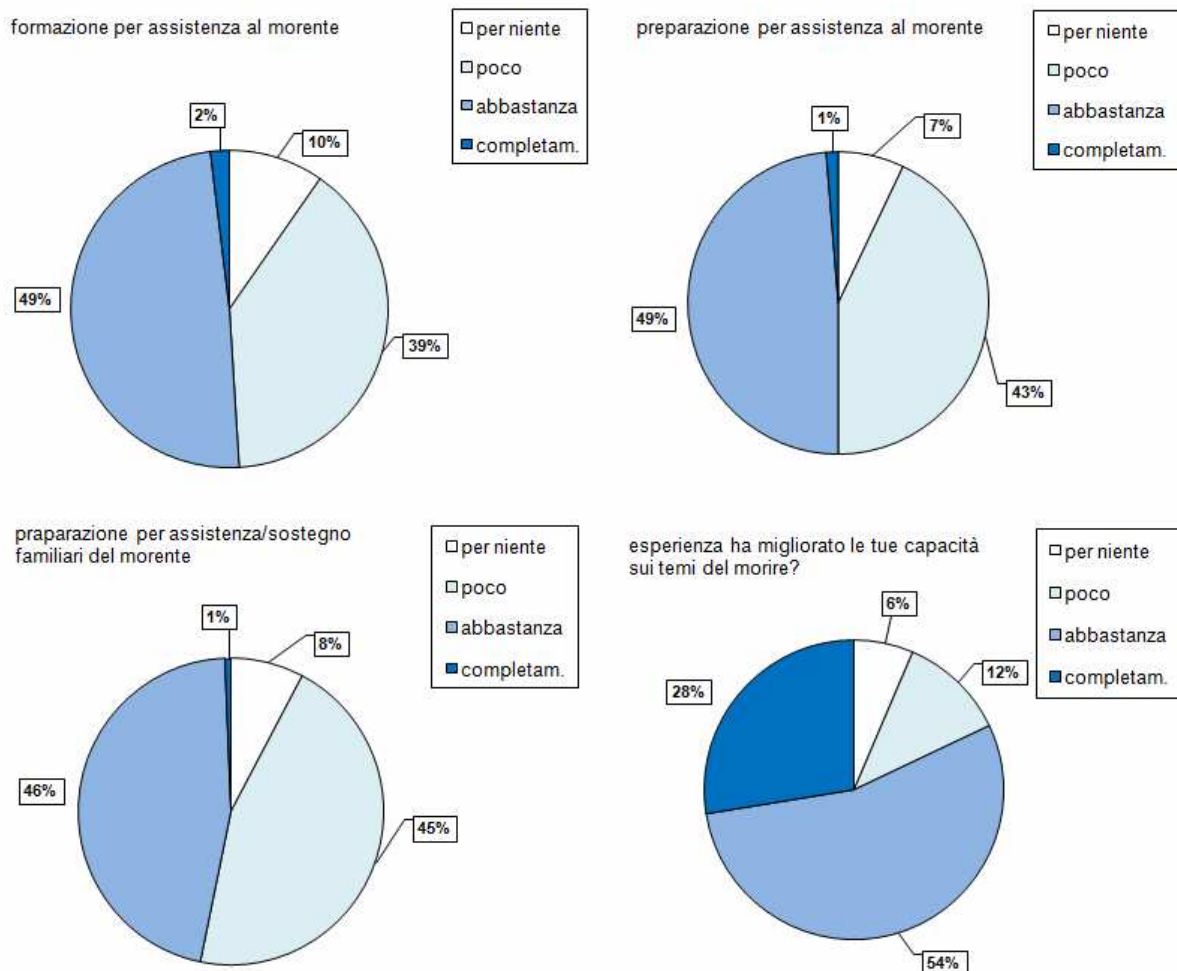
Le quattro partizioni del grafico 11 illustrano come gli operatori percepiscano/valutino il proprio livello di formazione e preparazione sui temi dell'assistenza al morente e ai suoi familiari e quale sia stato il ruolo della pratica operativa quotidiana nel miglioramento/affinamento delle capacità di fornire risposte adeguate in tale ambito.

Per quanto, invece, riguarda la valutazione del proprio livello di formazione/preparazione, le risposte aggregate sui valori positivi (“del tutto formato/preparato” e “abbastanza formato/preparato”) e quelle aggregate sui valori negativi (“poco formato/preparato” e “per niente formato/preparato”) sostanzialmente si equivalgono, pur con una lieve prevalenza delle risposte “negative”.

Per quanto invece riguarda il ruolo agito dall’esperienza maturata nella pratica quotidiana (“sul campo”), l’82% degli operatori riconoscono alla “corsia” un ruolo determinante nel miglioramento delle proprie capacità di risposta alle richieste di assistenza e di sostegno al morente e ai suoi familiari.

Grafico 11

Livello di formazione e preparazione sul tema del morire e dell’assistenza al morente (N = 157)



Le principali difficoltà incontrate in prossimità della morte di un paziente potevano essere individuate con una selezione multipla tra quelle proposte in questionario; il grafico 12 illustra i risultati dell'indagine.

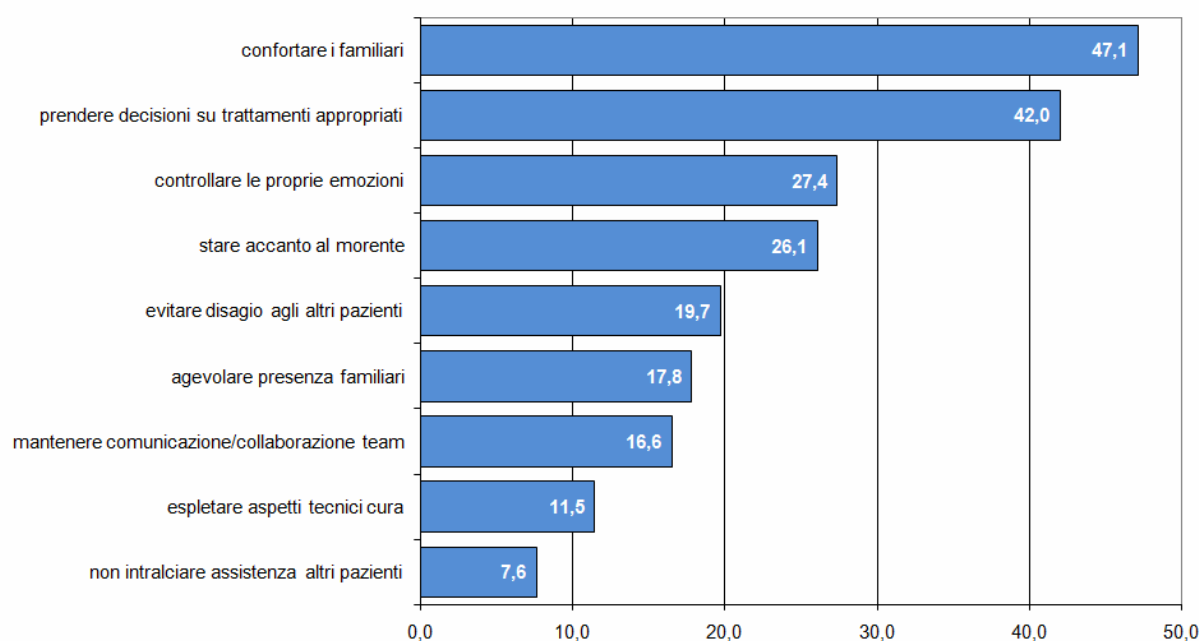
Il conforto dei familiari del morente rappresenta il problema che si presenta con maggiore frequenza (47%), immediatamente seguito dalla difficoltà di prendere decisioni sulla effettuazione di trattamenti che risultano appropriati, ovvero maggiormente aderenti ai bisogni del paziente in fase terminale (42%).

Anche il controllo della propria emotività e la vicinanza al morente, considerati insieme, assumono una rilevanza importante (53%).

Gli aspetti tecnici dell'assistenza e della cura non sono invece ritenuti un problema.

Grafico 12

Principali difficoltà in prossimità della morte di un paziente (domanda a risposta multipla; % su N = 157)

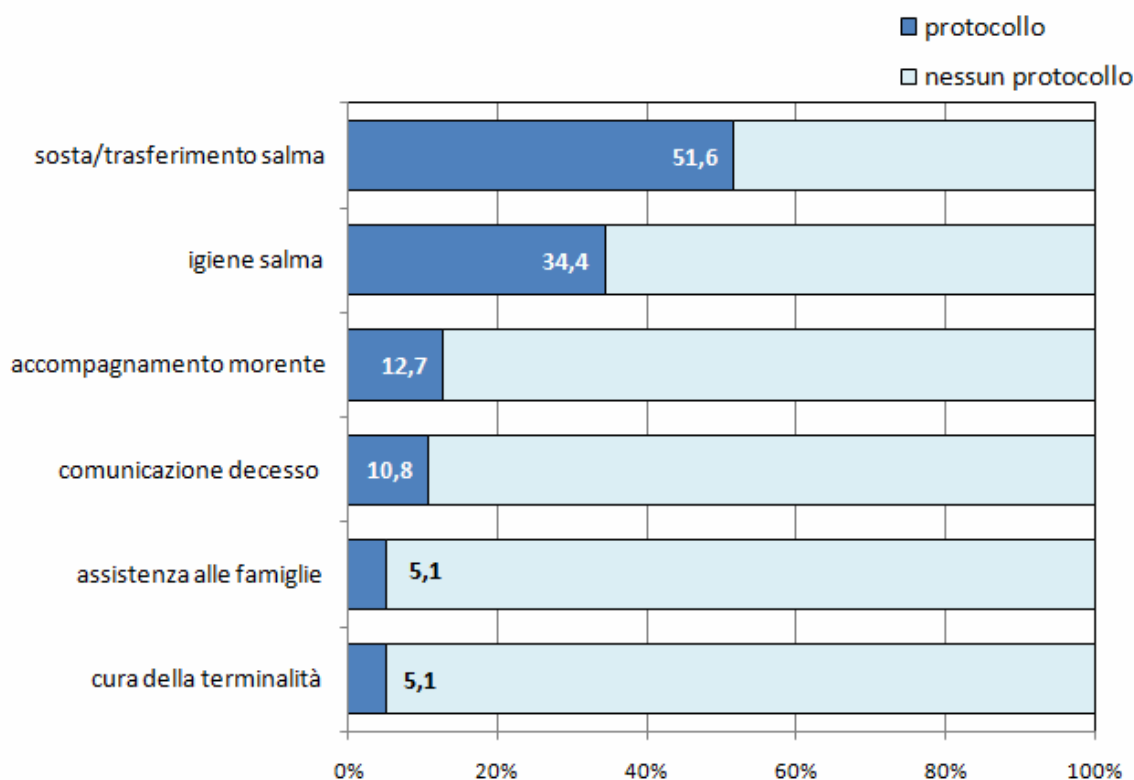


Il grafico 13 illustra l'opinione degli operatori circa la presenza o meno nel proprio reparto di protocolli o procedure codificate sui temi della terminalità e della morte.

La maggioranza delle risposte positive (52% e 34% rispettivamente) si aggrega sulle procedure che riguardano gli aspetti prettamente tecnici della gestione della salma (sosta in reparto/trasferimento in obitorio e igiene del defunto); percentuali molto più basse di operatori dichiarano l'esistenza di protocolli e/o procedure codificate per la attività ben più complesse, quali la presa in carico e l'assistenza/cura dei pazienti terminali e la relazione con i loro familiari.

Grafico 13

Percentuale operatori che affermano o meno la disponibilità di protocolli (domanda a risposta multipla; % su N = 157)

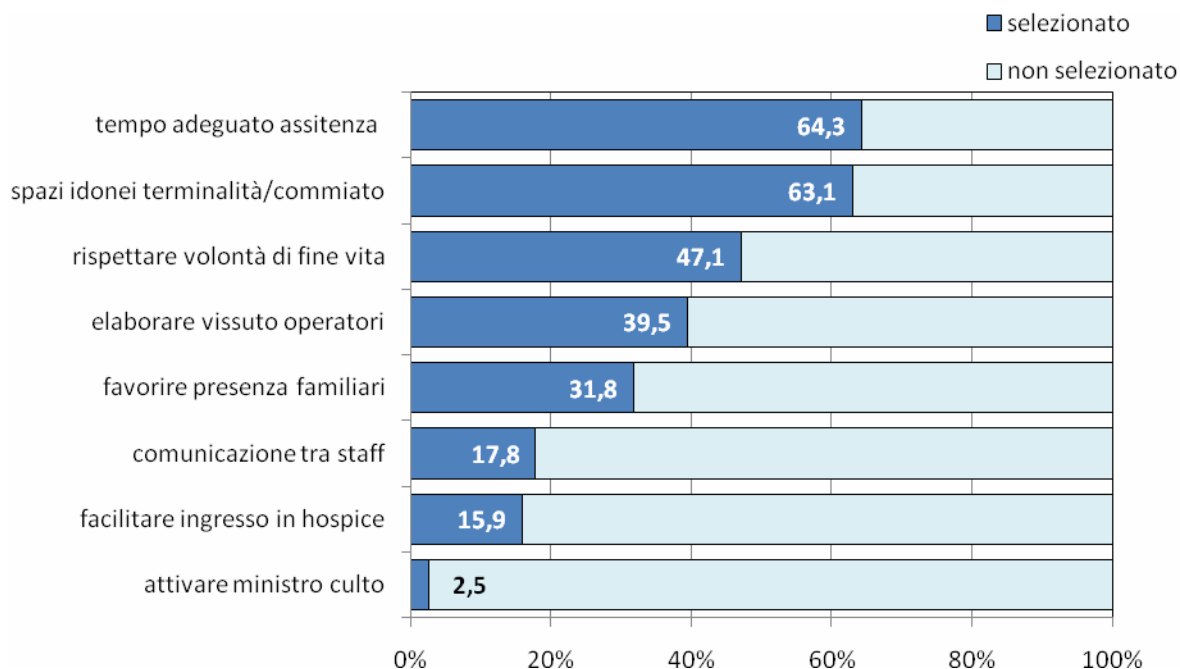


Come illustrato nel grafico 14, il tempo disponibile per l'assistenza (64%), la possibilità di disporre di spazi idonei per la terminalità e il commiato (63%), il rispetto delle volontà espresse dal paziente per il suo proprio fine vita (47%) sono i tre fattori che più di altri costituiscono un ostacolo al favorire una morte dignitosa in ospedale.

Una percentuale comunque rilevante di operatori (rispettivamente il 39% e il 32%) ritiene che anche la difficile elaborazione del proprio vissuto e la difficoltà a favorire la presenza dei familiari accanto al morente rappresentino due nodi critici importanti che, non risolti, compromettono la possibilità di morire dignitosamente.

Grafico 14

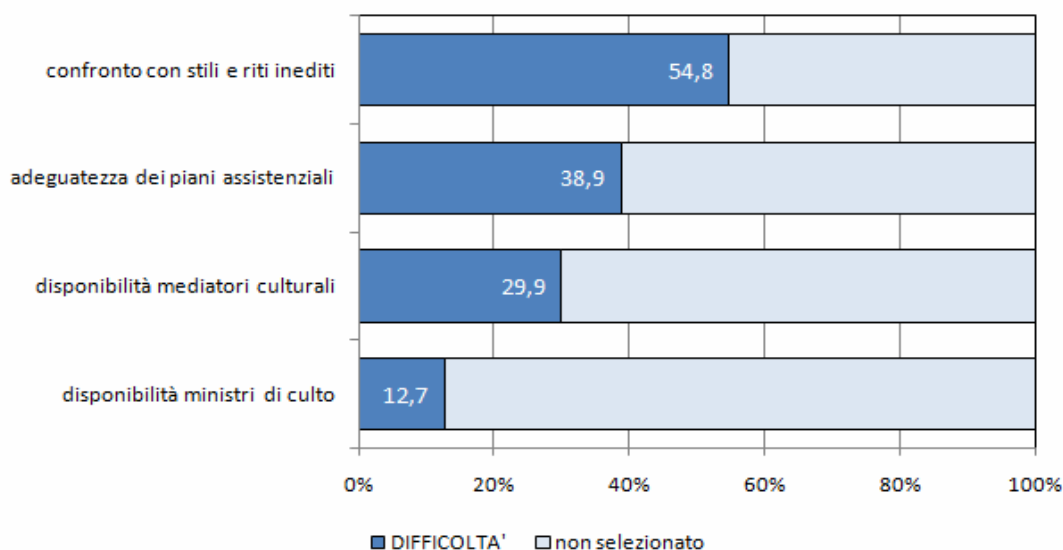
Principali ostacoli/difficoltà per facilitare una morte dignitosa (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



Anche sullo specifico argomento “assistenza ai morenti appartenenti a diverse culture e/o religioni presenti sul nostro territorio” il questionario apriva alla possibilità di indicare più di una risposta. Come si vede al grafico 15, la principale difficoltà individuata (55% delle risposte) è rappresentata dalla necessità per gli operatori di confrontarsi con stili di vita e riti non consueti, assieme (39%) alla incapacità di sviluppare un piano di assistenza adeguato ai bisogni del morente e dei suoi familiari. Disponibilità di mediatori culturali e ministri di culto non sembrano rappresentare una criticità.

Grafico 15

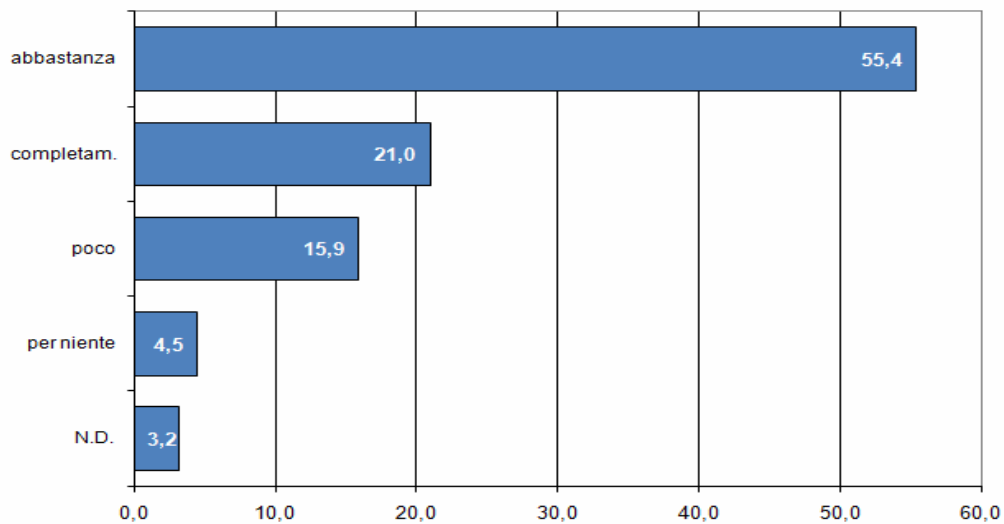
Morte e multiculturalità: principali difficoltà (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



Nel grafico 16 sono raffigurate le risposte relative alla accessibilità alle informazioni di cui i familiari hanno bisogno dopo la morte del congiunto (accesso all'obitorio, predisposizione del funerale, allestimento della salma e altro). La grande maggioranza degli operatori valuta tali informazioni tra "abbastanza accessibili" (55%) e "completamente accessibili" (21%).

Grafico 16

Accessibilità alle informazioni per familiari dopo la morte di un congiunto (domanda a risposta multipla; % su N = 157)



4 DISCUSSIONE

Una quota consistente degli operatori intervistati dichiara che, nel proprio percorso formativo, ha avuto modo di affrontare, soprattutto attraverso la partecipazione ad eventi occasionali (convegni e congressi), i temi ed i problemi etici posti dagli incalzanti progressi della medicina (grafici 1 e 2).

La traduzione operativa delle acquisizioni teoriche parrebbe, tuttavia, essere di difficile attuazione, se è vero che – in modo specifico per i temi dell’assistenza e della cura al paziente terminale - il rafforzamento e il miglioramento delle proprie capacità di risposta ai bisogni del morente e dei suoi familiari sono derivati soprattutto dalla esperienza lavorativa, dall’ineludibile confronto sul campo con le domande più difficili, piuttosto che da una educazione su temi di bioetica (grafico 11, IV immagine).

La sensibilità generale sui temi etici in sanità, sul valore che questi assumono, è certamente alta: il filtro (sarebbe ambizioso dire “il metodo”) dell’analisi etica dei problemi clinici è ritenuto uno strumento (forse “lo” strumento) che può fornire risposte, da un lato, utili agli operatori (integrazione tra le professioni, imparzialità come criterio di orientamento nelle situazioni conflittuali), dall’altro rispettose della dignità della persona ricoverata (umanizzazione del sistema sanitario, rispetto dei diritti dei pazienti) (grafico 3).

Tuttavia, e nonostante questa diffusa sensibilità, l’indagine sulle situazioni che possono originare sofferenza morale segnala che temi quali l’accanimento terapeutico e il poco rispetto per i pazienti sono presenti in modo ricorrente, accanto alla scarsità di tempo dedicato alla qualificazione della relazione di cura (grafico 4).

Se per quest’ultima indicazione può essere invocato il peso della pressione lavorativa - che deriva da una pianificazione delle attività orientata al massimo livello di efficienza piuttosto che al confronto con gli esiti del proprio agire - accanimento terapeutico e negazione del rispetto per la dignità della persona sono evidenze solo in parte riconducibili a motivazioni organizzative. Possono più appropriatamente essere ricondotte ai singoli convincimenti e comportamenti di chi lavora in ospedale. Per tale ragione, lo spazio culturale per il cambiamento può essere ricercato e possono essere forniti strumenti efficaci per la sua realizzazione.

Lo studio della “collocazione” dei conflitti morali, che possono sorgere durante l’espletamento delle pratiche sanitarie, voleva anche testare se e quanto le differenti professioni siano concordi rispetto alla riconduzione del conflitto morale all’interno della propria coscienza, piuttosto che attribuirlo alla necessaria interazione tra professioni,

diverse per ruolo e responsabilità, o farlo derivare dal più ampio contesto degli orientamenti prevalenti che oggi esprime la società civile. Probabilmente, ruolo e responsabilità diverse marcano alcune discordanze (ad esempio sul tema della contenzione geriatrica), ma la maggior parte delle risposte fornite si aggregano intorno a conflitti morali che intercettano il tema della integrazione tra le professioni della cura e dell'assistenza a confronto con la terminalità. I temi più dibattuti e difficili (eutanasia, interruzione del sostegno vitale, astensione dal sostegno vitale), riconoscono, invece, il peso e la pressione della collettività, se non nell'orientare le scelte, sicuramente nella generazione di situazioni conflittuali (tabella 2).

Pur a fronte della rilevanza qualitativa e quantitativa che assumono, per gli intervistati, sofferenza e conflitti morali, resta ampiamente diffusa la convinzione che l'esposizione pubblica delle proprie ragioni ed argomentazioni sia uno strumento poco efficace (o poco utilizzato?) per affrontare le questioni in ambito bioetico, ambito che è fortemente percepito come il luogo in cui spettacolarizzazione mediatica e strumentalizzazione politica trovano un terreno fertile per la loro piena espressione. C'è una concordanza molto forte nell'affermare che la "gestione dei diritti fondamentali non può essere affidata ai soli medici", che sembra tuttavia configgere con le due annotazioni precedenti (grafico 5).

L'analisi dei dati riferiti allo specifico contesto ospedaliero fornisce altri suggerimenti e stimola altre riflessioni.

La maggioranza degli operatori intervistati sostiene che in ospedale le domande poste dall'etica all'agire medico e infermieristico sono affrontate (grafico 6), ma soprattutto con discussioni informali (grafico 7), segnalando così che non c'è una abitudine virtuosa e strutturata a dedicare tempo, energie, progettualità e studio a questi temi, con il rigore metodologico che richiedono.

Anche il "coinvolgimento dei familiari" (grafico 7) nel momento delle decisioni importanti pare essere un espediente diffuso per assolvere ad una sollecitazione della propria coscienza, piuttosto che ad un obbligo che sconfinava nella autotutela. Probabilmente mira anche a supplire la così rara riconduzione del confronto all'interno della relazione medico-paziente, sempre enfatizzata nei suoi alti significati, con sostanziale abuso persuasivo.

Questa modalità di approccio ai temi della bioetica, soprattutto quando il mestiere obbliga al confronto quasi quotidiano, se non quotidiano, con il morire e il morente nell'ospedale, luogo in cui si concentrano e sono disponibili le raffinate tecnologie per dilatare i tempi della fine della vita, disegna uno scenario che tende tristemente ad espellere da sé problemi e contraddizioni, incertezze, conflitti e sofferenze o che, al massimo, se ne fa

carico cercando di “risolverli al meglio”. Dove il “meglio” trova sostegno quasi esclusivo in ciò che si apprende dal fare di ogni giorno nel proprio reparto (ancora grafico 11, IV immagine).

La logistica inadeguata (dove e come si comunicano le cattive notizie? quali spazi sono a disposizione per i familiari e per l’elaborazione del lutto? quale tutela e rispetto della dignità del morente sono garantiti in una stanza di ospedale affollata dove, spesso, qualcuno conclude la propria agonia all’ora in cui altri consumano il pranzo o la cena?), i tempi sempre stretti, il predominio dell’agire tecnico sulla relazione (piuttosto di “stare con” si preferisce “fare per”), sicuramente rendono tutto più complicato, aggiungono criticità sistematiche, alcune delle quali inemendabili (grafico 9).

Infatti, delle prime quattro rilevanti “difficoltà” che individua chi lavora in ospedale quando deve assistere un paziente nell’imminenza della morte, tre si collocano al di fuori del sapere professionale tradizionalmente inteso e riguardano la propria capacità di aprirsi alla sofferenza dell’altro: è molto difficile confortare i familiari, è molto difficile stare accanto al morente, è molto difficile controllare le proprie emozioni.

La quarta rileva quanto sia impegnativo assumere decisioni non tanto sulla appropriatezza dei trattamenti in linea generale (E.B.M. Evidence Based Medicine; E.B.N. Evidence Based Nursing), quanto, in linea particolare, sul dovere di praticare trattamenti rispettosi delle autentiche necessità del paziente, anche tenendo conto delle volontà da lui espresse (grafici 12 e 14).

Rimangono due brevi annotazioni.

La prima: la multiculturalità comincia a porre domande anche sul morire, sollecitando risposte che devono confrontarsi con stili e ritualità poco conosciuti: l’impreparazione di chi deve rispondere è attesa, ed è osservata (grafico 15).

La seconda riguarda il tema dei protocolli e delle procedure codificate che dovrebbero guidare i comportamenti, restringere la variabilità individuale delle risposte, modulare l’arte di arrangiarsi. Stupisce che chi lavora in ospedale affermi che ci sono protocolli strutturati, disponibili, diffusi ed applicati che forniscono supporto e orientamento su quegli stessi temi che sono dichiarati e percepiti come fonte di disagio e sofferenza, di conflitti morali: l’accompagnamento del morente, la comunicazione del decesso ai familiari, l’assistenza alle famiglie, la stessa cura della terminalità (grafico 16). E’ ovvio che tali protocolli non esistono. Sarà necessario indagare l’origine di un equivoco così sostanziale.

5 CONCLUSIONI

La somministrazione, ad un campione del personale che opera presso l'ospedale di San Daniele del Friuli, del questionario sui temi e sui problemi che medici e infermieri devono oggi affrontare quando entrano in contatto con il morente ed i suoi familiari, e la successiva elaborazione delle risposte raccolte, evidenziano un bisogno formativo che deve essere accolto e soddisfatto in modo strutturato; e mantenuto con continuità.

Tale bisogno formativo nasce da un dato oggettivo: il questionario ha reso evidente una diffusa sofferenza morale che origina dalla coscienza della propria inadeguatezza relazionale prima che professionale, inadeguatezza che finora gli operatori hanno cercato di mitigare con un impegno personale poco trasferibile nella pratica clinica quotidiana.

L'inadeguatezza genera, oltre alla sofferenza personale, anche uno svilimento della relazione con il paziente morente, che si traduce in comportamenti molto spesso poco rispettosi della sua dignità di persona.

La progettazione e la realizzazione del percorso formativo – di cui si fornisce in allegato la traccia – si misura, dunque, con due obiettivi:

1. fornire agli operatori della cura e dell'assistenza strumenti e metodi che, trasferiti nella prassi quotidiana, accrescano le loro competenze e orientino i loro comportamenti rendendoli maggiormente aderenti ai bisogni del morente. In tal modo, disagio e sofferenza morale potrebbero non risultare più così onerosi per la professione, almeno in alcune aree dell'ospedale;
2. costruire/rafforzare le condizioni di contesto in modo che l'ospedale diventi il luogo in cui sia davvero agito il paradigma etico del pieno rispetto della dignità della persona, soprattutto della persona che è accolta alla conclusione della sua vita.

Dignità umana inserita nella convinzione che, al tempo della tecnica, quest'idea *“riesca ad orientare la pratica medica meglio sia di tanti approcci bioetici di ispirazione utilitaristica o contrattualistica, ma anche meglio dell'approccio centrato sulla assolutizzazione del bene vita”* (6).

Su questo specifico punto, il percorso formativo ha l'ambizione di comprendere nella sua articolazione lo sviluppo dei tre principali significati che assume il paradigma del rispetto per la dignità umana:

il *primo* indica il rispetto dovuto ad ogni essere umano come persona e cioè nel suo valore intrinseco e insieme nella sua incomparabile unicità;

il *secondo* indica l'insieme dei fini che rendono buona una vita nella sua globalità, la rendono compiuta, realizzata; così come le condizioni che, in rapporto ad esempio alla fine della vita, permettono di mantenere la presa su ciò che definisce umanamente degno il nostro morire, a fronte di condizioni che ne stravolgono il senso umano e che ci fanno dire "questo paziente non ha fatto una buona morte";

il *terzo* indica il senso che una persona ha della propria dignità, indicando con questo l'immagine di sé con cui *questa* persona a tal punto si identifica la cui violazione è la violazione di ciò che le è più proprio, la cui percezione è ciò che la mantiene e le dà consistenza e il cui rispetto costituisce, specialmente in certi contesti clinici, ciò che di più terapeutico si possa attivare (6).

6 I PRINCIPALI LIMITI DELLO STUDIO

1. Lo studio rileva la situazione puntuale di un presidio ospedaliero “di rete”, più precisamente di quattro aree del presidio nelle quali il tema della assistenza al morente fa parte, con diversa intensità, dell’esperienza lavorativa. Anche per la relativa esiguità del campione testato, non fornisce, a parere di chi l’ha condotto, informazioni e/o valutazioni trasferibili sulla intera struttura, nè ad altre strutture sanitarie simili per organizzazione e per funzioni erogate (tanto più se si considera il fatto che la popolazione arruolata è composta per oltre il 65% da operatori sanitari afferenti all’area medica ed all’area critica, aree che più delle altre si confrontano con le tematiche del fine vita).

2. Non è stata prevista una guida alla compilazione del questionario; è pertanto possibile che gli operatori abbiano interpretato il senso delle domande. Tuttavia, considerata la tipologia dei temi trattati, si è ritenuto preferibile non condizionare in alcun modo la selezione delle risposte che, si ricorda, erano risposte predeterminate.

3. Per la individuazione, sulla base delle risposte fornite, dell’ambito in cui collocare il “possibile conflitto morale nell’espletamento di pratiche sanitarie” (tabella 2) è stato “arbitrariamente” deciso di attribuire il conflitto all’ambito cui corrispondeva il maggior numero di risposte, tra le tre possibili scelte (la propria coscienza, le professioni, la società).

7 BIBLIOGRAFIA

1. Iona Heath. Modi di morire. Bollati Boringhieri, 2008
2. Che cosa vuol dire morire. A cura di Daniela Monti. Einaudi, 2010
3. Corrado Viafora. Introduzione alla bioetica. Franco Angeli, 2006
4. Progetto “ETICA DEL MORIRE” Questionario per gli operatori. Comitato regionale per la Bioetica, Regione Veneto
(http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Comitato_Bioetica.htm)
5. AULSS n. 15 – Alta padovana. Ricognizione delle questioni etiche più sentite nel nostro contesto sanitario locale.
6. Corrado Viafora. Bioetica clinica: una metodologia argomentativa basata sul rispetto della dignità umana. Corso di perfezionamento in bioetica, A.A. 2009-2010, Padova

8 ALLEGATI

- 8.1 Questionario
- 8.2 Tabelle
- 8.3 Struttura del corso di formazione



AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N°4 "MEDIO FRIULI"
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN DANIELE DEL FRIULI (UD)

morire in ospedale:
come gli operatori sanitari percepiscono
la qualità del morire in un ospedale per acuti

ricognizione delle questioni etiche più sentite e
progettazione di un percorso formativo.

QUESTIONARIO PER I MEDICI E GLI INFERMIERI

Presentazione

Da qualche anno, ormai, l'ospedale di San Daniele ha iniziato un percorso di avvicinamento ai temi della bioetica, proprio a partire dalla complessità dei contenuti, professionali e relazionali, propri della cura prestata alla persona morente. Il momento più significativo di questo percorso è stato, a giudizio largamente condiviso, un evento formativo – realizzato a dicembre del 2009 – in cui per la prima volta i temi e le riflessioni bioetiche suscitati dalla terminalità sono stati affrontati con il contributo di qualificati esperti, con il limite di un approccio obbligatoriamente "generalista", ma comunque mantenuto in correlazione stretta con quello che gli operatori direttamente sperimentano durante il proprio lavoro. La tipologia e le funzioni che questo ospedale eroga ci stimolano, ora, ad approfondire il tema della morte in ospedale: ogni anno, infatti, circa 350 persone terminano la loro vita in un letto della medicina, o della terapia intensiva, o della chirurgia, molto raramente anche in pediatria. La percezione, non ancora misurata ma che ci è sinceramente propria, è che l'ospedale non sappia rispondere, come crediamo dovrebbe, alla domanda di cura e di accompagnamento che il morente e i suoi cari ci rivolgono. Accanto ad alcuni percorsi formativi specifici che hanno cercato recentemente di fornire strumenti concretamente utilizzabili di fronte al disagio che connota l'esperienza di chi deve comunicare una prognosi infausta, o deve molto frequentemente rapportarsi con la persona al termine della propria vita, il questionario intende ottenere, con il contributo di medici ed infermieri, informazioni strutturate su come chi lavora in questo ospedale valuta la "qualità" del morire in un reparto di degenza. Le domande esplorano quanto siano o non siano agite le "buone pratiche" assistenziali, quale sia il livello di comfort offerto dalla struttura, quale spazio sia concesso alla relazione con il morente e i suoi familiari. La parte iniziale dello strumento cerca di testare quale peso abbiano, più in generale, i temi della bioetica tra i medici e gli infermieri ed in che misura questi temi siano interiorizzati. Infine, l'elaborazione delle risposte dovrà anche consentire la ripresa del progetto di formazione già avviato, ma a partire dalle indicazioni o dalle criticità che il questionario porterà in evidenza.

Grazie per la vostra collaborazione.

Dati del compilatore

Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Età
Professione	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Medico	
In servizio da	<input type="checkbox"/> Meno di 3 anni <input type="checkbox"/> 3 -10 anni <input type="checkbox"/> più di 10 anni	
Struttura/reparto in cui hai lavorato negli ultimi 2 anni	<input type="checkbox"/> Area Medicina <input type="checkbox"/> Area Chirurgia <input type="checkbox"/> Area Pediatria <input type="checkbox"/> Area Critica <input type="checkbox"/> Territorio	
Hai già avuto modo di curare la tua formazione nell'ambito della bioetica?	<input type="checkbox"/> No, mai <input type="checkbox"/> convegni e seminari <input type="checkbox"/> letture personali <input type="checkbox"/> corsi universitari (master, corsi perfezionamento) <input type="checkbox"/> corsi di formazione continua	



Qual è il tuo grado di accordo o di disaccordo con ognuna delle seguenti affermazioni relative all'etica in sanità? Esprimi il tuo parere, per ogni affermazione.

L'etica in sanità rappresenta	1 Disaccordo	2 Accordo
• un'ingerenza indebita		
• una dimensione integrante della professione sanitaria		
• la coscienza critica di fronte a disfunzioni e a degrado		
• una sterile proclamazione di principi		
• uno strumento di imparzialità nella soluzione di conflitti		
• un'istanza di umanizzazione del sistema sanitario		
• l'espressione di pregiudizi ideologici		
• la garanzia di rispetto dei diritti dei pazienti		

Quali delle situazioni riportate sono per te, in linea di principio, fonte di maggiore “sofferenza morale”?

• Pratiche sanitarie attuate in condizioni di insicurezza e di rischio	
• Discriminazione nell'accesso ai servizi e alle cure	
• Mancanza di rispetto per i pazienti come persone	
• Marginalizzazione dei soggetti più deboli	
• Costatazione di sprechi	
• Incerta determinazione delle responsabilità	
• Adozione di trattamenti non provati scientificamente	
• Casi di accanimento terapeutico	
• Casi di accanimento diagnostico	
• Difficoltà nel garantire continuità nelle cure	
• Consenso informato come pratica burocratica	
• Mancanza di tempo per una relazione più qualificata	
• Disattenzione dei bisogni spirituali dei pazienti	
• Poca collaborazione a livello di equipe	
• Organizzazione a vantaggio degli operatori più che degli utenti	

Di seguito è elencata una serie di pratiche tipiche dell'attuale contesto sanitario.

Dopo averle lette, ti chiediamo di rispondere alle seguenti domande nelle rispettive colonne:

A. Quali di queste pratiche sono, per la *tua coscienza*, fonte dei più gravi conflitti morali?

B. In quali di queste pratiche si verificano maggiori *conflitti tra le diverse figure professionali coinvolte*?

C. Quali di queste pratiche sono più difficili da gestire a causa delle *differenze di orientamento morale* presenti nella nostra società? Indica le pratiche per ciascun tipo di risposta, apponendo una crocetta nell'apposito spazio.

Pratiche	A. Conflitto per la tua coscienza	B. Conflitto tra figure professionali	C. Differenze di orientamento morale nella società
Astenersi dall'intraprendere un trattamento di sostegno vitale			
Interrompere un trattamento di sostegno vitale			
Comunicare la diagnosi in caso di malattia a prognosi infausta			
Stabilire le priorità in caso di scarsità di risorse			
Gestire il rifiuto del paziente di un trattamento di sostegno vitale			
Gestire la richiesta di eutanasia di un paziente che vive una penosa fase terminale			
Praticare terapie antalgiche a base di morfina			
Aiutare un paziente a far fronte ad una malattia inguaribile			
Praticare la sedazione palliativa in caso di sintomi intrattabili			
Attuare dimissioni di anziani non-autosufficienti privi di rete familiare			
Praticare nutrizione e idratazione assistita in pazienti con demenza in fase terminale			
Praticare nutrizione e idratazione assistita in pazienti in stato vegetativo persistente			
Attuare la contenzione nell'assistenza geriatrica			
Gestire il consenso al trattamento sanitario in situazione di urgenza			
Gestire il consenso nel caso di pazienti non in grado di decidere			
Gestire il consenso nel caso di interventi chirurgici complessi			

Sempre di più problemi etici che insorgono nell'attuale pratica clinica alimentano dibattiti pubblici molto accesi. Esempio al riguardo, in Italia, il dibattito sui casi Welby ed Englaro. Come valuti questo fenomeno? Esprimi il tuo parere utilizzando la seguente tabella.

Affermazioni	1 Disaccordo	2 Accordo
Questo fenomeno esprime il fatto che, nell'attuale pratica clinica, sono sempre più in gioco diritti fondamentali che, in quanto tali, non possono essere affidati alla gestione dei soli medici		
Questo fenomeno esprime il fatto che sono venute meno le evidenze etiche condivise e che le soluzioni ai nuovi problemi devono essere cercate attraverso dibattiti pubblici e argomentati		
Questo fenomeno esprime il fatto che i nuovi problemi sollevati dalle attuali pratiche cliniche sono esposti alla strumentalizzazione politica e alla spettacolarizzazione mediatica		

Come sono affrontati, nel contesto in cui operi, i problemi di natura etica? Indica con una crocetta le opzioni più ricorrenti.

• Non sono affrontati	
• Sono affrontati:	
○ In discussioni formali organizzate al bisogno	
○ In discussioni informali e occasionali	
○ Sono coinvolti i familiari del paziente	
○ Esclusivamente all'interno della relazione medico-paziente	
○ Si ricorre ad una consulenza specifica	
○ Nel confronto tra i gruppi professionali direttamente coinvolti	
○ Attraverso incontri a tema con i pazienti	

Nello svolgimento della tua attività, con quale frequenza vieni a contatto con il morire e la morte? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

Ogni giorno	
Almeno una volta alla settimana	
Almeno una volta al mese	
Meno di una volta al mese	
Mai	

Con riferimento alla struttura in cui lavori, come giudichi l'adeguatezza delle seguenti condizioni? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

	Completamente adeguati	Abbastanza adeguati	Poco adeguati	Per niente adeguati
Spazi per l'assistenza al morente				
Tempi per l'assistenza al morente				
Spazi per le esigenze dei familiari del morente				
Tempi per le esigenze dei familiari del morente				
Spazi per la sosta della salma e per il commiato dei parenti				
Tempi per la sosta della salma e per il commiato dei parenti				

Ritieni che l'accompagnamento al morente e ai suoi famigliari sia prevalentemente un compito: indica la tua opinione.

Dell'intera equipe	
Del personale medico	
Del personale infermieristico	
Dell'operatore socio sanitario	
Dello psicologo	
Dell' assistente spirituale	
Del volontariato	
Altro(descrivi)	

Nel percorso di formazione ed aggiornamento professionale hai avuto la possibilità di affrontare la tematica del morire e dell'assistenza al morente? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

Completamente	
Abbastanza	
Poco	
Per niente	

Ti senti sufficientemente preparato a rispondere alle richieste di assistenza e sostegno al morente? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

Completamente	
Abbastanza	
Poco	
Per niente	

Ti senti sufficientemente preparato a rispondere alle richieste di assistenza e sostegno ai famigliari del morente? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

Completamente	
Abbastanza	
Poco	
Per niente	

L'esperienza con situazioni di terminalità e con la morte ha migliorato la tua capacità di rispondere alle richieste di assistenza e di sostegno del morente e dei suoi famigliari? Indica con una crocetta la opzione più ricorrente.

Molto	
Parzialmente	
Scarsamente	
Per niente	

In base alla tua esperienza, quali tra questi aspetti rappresentano le più frequenti difficoltà in prossimità della morte di un paziente? Indica con una crocetta le opzioni più ricorrenti.

Espletare gli aspetti tecnici della cura	
Prendere decisioni sui trattamenti aderenti ai bisogni del paziente	
Evitare disagio ad altri pazienti	
Non intralciare l'assistenza ad altri pazienti	
Confortare i famigliari	
Agevolare la presenza dei famigliari	
Stare accanto al morente	
Controllare le proprie emozioni	
Mantenere la comunicazione e la collaborazione all'interno della equipe	

Nel reparto in cui lavori si utilizzano protocolli o procedure codificate per (indica con una crocetta le opzioni più ricorrenti)

La cura della terminalità	
L'accompagnamento al morente	
La comunicazione del decesso ai parenti	
L'assistenza alle famiglie	
La sosta in reparto e il trasferimento in obitorio della salma	
L'igiene della salma	
Nulla del genere	

In base alla tua esperienza, quali sono i principali ostacoli nel facilitare una morte dignitosa? Indica con una crocetta le opzioni più ricorrenti.

Approntare spazi idonei per la terminalità e il commiato	
Favorire la presenza dei famigliari accanto al morente	
Disporre di un tempo adeguato per l'assistenza al morente e ai suoi famigliari	
Conoscere e attenersi alle volontà di fine vita del paziente	
Migliorare la comunicazione all'interno dello staff	
Facilitare la dimissione o il trasferimento in hospice	
Attivare la presenza di un ministro di culto	
Prevedere momenti e modalità per l'elaborazione dei vissuti degli operatori	

In base alla tua esperienza, quali sono le maggiori difficoltà che si incontrano nell'assistenza ai morenti appartenenti a diverse culture e/o religioni presenti sul nostro territorio? Indica con una crocetta le opzioni più ricorrenti.

Disponibilità di mediatori culturali	
Disponibilità di ministri di culto	
Stili comportamentali e ritualità inedite per le nostre strutture	
Sviluppare un piano di assistenza adeguato ai bisogni del morente e dei suoi familiari	

In base alla tua esperienza, quanto sono accessibili le informazioni di cui i familiari hanno bisogno dopo la morte del congiunto (accesso all'obitorio, predisposizione del funerale, allestimento della salma, etc...). Indica con una crocetta l'opzione più ricorrente.

Completamente	
Abbastanza	
Poco	
Per niente	

Data di compilazione _____

TABELLE (allegato 2 di 3)

Si forniscono di seguito le tabelle con i dati riportati nei grafici al paragrafo "risultati".

1. Distribuzione della popolazione in base alla partecipazione o meno di iniziative formative in ambito bioetico (grafico 1)

			NESSUNA	SI	N.D.	TOTALE
INFERMIERI	MEDICINA	n	4	30	0	34
		%	11,8	88,2	0	100
	CHIRURGIA	n	2	22	0	24
		%	8,3	91,7	0	100
	PEDIATRIA	n	2	13	0	15
		%	13,3	86,7	0	100
AREA CRITICA	n	7	36	1	44	
	%	15,9	81,8	2,3	100	
MEDICI	MEDICINA	n	2	10	0	12
		%	16,7	83,3	0	100
	CHIRURGIA	n	2	7	0	9
		%	22,2	77,8	0	100
	PEDIATRIA	n	0	6	0	6
		%	0	100	0	100
AREA CRITICA	n	3	10	0	13	
	%	23,1	76,9	0	100	
TOTALE		n	22	134	1	157
		%	14,0	85,4	0,6	100,0

2. Distribuzione della popolazione in base alla tipologia di formazione effettuata in ambito bioetico (grafico 2)

tutti	convegni seminari	letture personali	master corsi perf.	form. continua	TOTALE RESPONDER
INFERMIERI	50	38	14	35	101
% Riga	50%	38%	14%	35%	100%
MEDICI	18	19	3	6	34
% Riga	53%	56%	9%	18%	100%
TOTALE	68	57	17	41	135
% Riga	50%	42%	13%	30%	100%

medicina	convegni seminari	letture personali	master corsi perf.	form. continua	TOTALE RESPONDER
INFERMIERI	13	7	3	13	30
% Riga	43%	23%	10%	43%	100%
MEDICI	7	7	2	1	11
% Riga	64%	64%	18%	9%	100%
TOTALE	20	14	5	14	41
% Riga	49%	34%	12%	34%	100%

chirurgia	convegni seminari	letture personali	master corsi perf.	form. continua	TOTALE RESPONDER
INFERMIERI	10	11	2	6	22
% Riga	45%	50%	9%	27%	100%
MEDICI	4	3	0	2	7
% Riga	57%	43%	0%	29%	100%
TOTALE	14	14	2	8	29
% Riga	48%	48%	7%	28%	100%

pediatria	convegni seminari	letture personali	master corsi perf.	form. continua	TOTALE RESPONDER
INFERMIERI	9	4	1	2	13
% Riga	53,8	15,4	0	7,7	100
MEDICI	5	2	0	1	6
% Riga	83%	33%	0%	17%	100%
TOTALE	14	6	1	3	19
% Riga	74%	32%	5%	16%	100%

area critica	convegni seminari	letture personali	master corsi perf.	form. continua	TOTALE RESPONDER
INFERMIERI	17	15	8	14	36
% Riga	47%	42%	22%	39%	100%
MEDICI	2	7	1	2	10
% Riga	20%	70%	10%	20%	100%
TOTALE	19	22	9	16	46
% Riga	41%	48%	20%	35%	100%

3. Percezione del significato/valore dell'etica in sanità (grafico 3)

		disaccordo	%	accordo	%	N.D.	%	TOTALE	
INFERMIERI	ESPRESSIONE PREGIUDIZI IDEOLOGICI	20	79,5	93	17,1	4	3,4	117	100
	STERILE PROCLAMAZIONE PRINCIPI	22	77,8	91	18,8	4	3,4	117	100
	INGERENZA INDEBITA	13	74,4	87	11,1	17	14,5	117	100
	IMPARZIALITÀ DI FRONTE AI CONFLITTI	67	38,5	45	57,3	5	4,3	117	100
	COSCENZA CRITICA	74	31,6	37	63,2	6	5,1	117	100
	RISPETTO DIRITTI PAZIENTI	97	13,7	16	82,9	4	3,4	117	100
	UMANIZZAZIONE SISTEMA SANITARIO	101	11,1	13	86,3	3	2,6	117	100
	INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONI	112	4,3	5	95,7	0	0,0	117	100
MEDICI	STERILE PROCLAMAZIONE PRINCIPI	1	92,5	37	2,5	2	5,0	40	100
	INGERENZA INDEBITA	4	87,5	35	10,0	1	2,5	40	100
	ESPRESSIONE PREGIUDIZI IDEOLOGICI	3	87,5	35	7,5	2	5,0	40	100
	IMPARZIALITÀ DI FRONTE AI CONFLITTI	29	25,0	10	72,5	1	2,5	40	100
	COSCENZA CRITICA	33	15,0	6	82,5	1	2,5	40	100
	UMANIZZAZIONE SISTEMA SANITARIO	35	10,0	4	87,5	1	2,5	40	100
	RISPETTO DIRITTI PAZIENTI	37	7,5	3	92,5	0	0,0	40	100
	INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONI	39	2,5	1	97,5	0	0,0	40	100

	accordo	disaccordo
INGERENZA INDEBITA	10,2	89,8
ESPRESSIONE PREGIUDIZI IDEOLOGICI	13,4	86,6
STERILE PROCLAMAZIONE PRINCIPI	16,6	83,4
IMPARZIALITÀ DI FRONTE AI CONFLITTI	61,1	38,9
COSCENZA CRITICA	68,2	31,8
RISPETTO DIRITTI PAZIENTI	84,1	15,9
UMANIZZAZIONE SISTEMA SANITARIO	87,9	12,1
INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONI	96,2	3,8

4. Principali fonti di sofferenza morale per gli operatori sanitari (grafico 4)

		sofferenza	%	non selezionato	%	TOTALE	
INFERMIERI	ACCANIMENTO TERAPEUTICO	87	74,4	30	25,6	117	100
	MANCANZA RISPETTO PAZIENTI	67	57,3	50	42,7	117	100
	POCO TEMPO RELAZIONE	46	39,3	71	60,7	117	100
	ACCANIMENTO DIAGNOSTICO	34	29,1	83	70,9	117	100
	SITUAZIONI INSICUREZZA E RISCHIO	22	18,8	95	81,2	117	100
	POCA COLLABORAZIONE NEL TEAM	21	17,9	96	82,1	117	100
	DISCRIMINAZIONE ACCESSO	15	12,8	102	87,2	117	100
	MARGINALIZZAZIONE DEBOLI	14	12,0	103	88,0	117	100
	DISATTENZIONE BISOGNI SPIRITUALI	12	10,3	105	89,7	117	100
	DISCONTINUITÀ CURE	11	9,4	106	90,6	117	100
	ORGANIZZAZIONE CENTRATA SU OPERATORI	11	9,4	106	90,6	117	100
	RESPONSABILITÀ INCERTE	10	8,5	107	91,5	117	100
	CONSENSO BUROCRATICO	8	6,8	109	93,2	117	100
	CONSTATAZIONE SPRECHI	6	5,1	111	94,9	117	100
	TRATTAMENTI NON EvBased	4	3,4	113	96,6	117	100
MEDICI	MANCANZA RISPETTO PAZIENTI	25	62,5	15	37,5	40	100
	ACCANIMENTO TERAPEUTICO	18	45,0	22	55,0	40	100
	DISCRIMINAZIONE ACCESSO	15	37,5	25	62,5	40	100
	MARGINALIZZAZIONE DEBOLI	14	35,0	26	65,0	40	100
	POCO TEMPO RELAZIONE	12	30,0	28	70,0	40	100
	ACCANIMENTO DIAGNOSTICO	7	17,5	33	82,5	40	100
	ORGANIZZAZIONE CENTRATA SU OPERATORI	7	17,5	33	82,5	40	100
	CONSTATAZIONE SPRECHI	6	15,0	34	85,0	40	100
	SITUAZIONI INSICUREZZA E RISCHIO	4	10,0	36	90,0	40	100
	DISCONTINUITÀ CURE	4	10,0	36	90,0	40	100
	DISATTENZIONE BISOGNI SPIRITUALI	4	10,0	36	90,0	40	100
	CONSENSO BUROCRATICO	3	7,5	37	92,5	40	100
	RESPONSABILITÀ INCERTE	1	2,5	39	97,5	40	100
	TRATTAMENTI NON EvBased	1	2,5	39	97,5	40	100
	POCA COLLABORAZIONE NEL TEAM	1	2,5	39	97,5	40	100

	infermieri	%	medici	%	totale	N	% su N
TRATTAMENTI NON EvBased	4	1,1	1	0,8	5	157	3,2
RESPONSABILITÀ INCERTE	10	2,7	1	0,8	11	157	7,0
CONSENSO BUROCRATICO	8	2,2	3	2,5	11	157	7,0
CONSTATAZIONE SPRECHI	6	1,6	6	4,9	12	157	7,6
DISCONTINUITÀ CURE	11	3,0	4	3,3	15	157	9,6
DISATTENZIONE BISOGNI SPIRITUALI	12	3,3	4	3,3	16	157	10,2
ORGANIZZAZIONE CENTRATA SU OPERATORI	11	3,0	7	5,7	18	157	11,5
POCA COLLABORAZIONE NEL TEAM	21	5,7	1	0,8	22	157	14,0
SITUAZIONI INSIKUREZZA E RISCHIO	22	6,0	4	3,3	26	157	16,6
MARGINALIZZAZIONE DEBOLI	14	3,8	14	11,5	28	157	17,8
DISCRIMINAZIONE ACCESSO	15	4,1	15	12,3	30	157	19,1
ACCANIMENTO DIAGNOSTICO	34	9,2	7	5,7	41	157	26,1
POCO TEMPO RELAZIONE	46	12,5	12	9,8	58	157	36,9
MANCANZA RISPETTO PAZIENTI	67	18,2	25	20,5	92	157	58,6
ACCANIMENTO TERAPEUTICO	87	23,6	18	14,8	105	157	66,9
	368	100	122	100	490		
	117		40		157		
	3,15		3,05		3,12		

5. Collocazione del possibile conflitto morale nell'espletamento delle pratiche sanitarie (tabella 2)

		per la propria coscienza		tra figure professionali		nella società		N.D.	%	TOTALE	
			%		%		%				%
INFERMIERI	GESTIRE RICHIESTA EUTANASIA PZ TERMINALE	25	17,5	39	27,3	66	46,2	13	9,1	143	100,0
	INTERROMPERE SOSTEGNO VITALE	30	21,1	44	31,0	57	40,1	11	7,7	142	100,0
	ASTENERSI DA SOSTEGNO VITALE	35	26,1	31	23,1	41	30,6	27	20,1	134	100,0
	PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. DEMENZA TERM.	18	13,7	34	26,0	34	26,0	45	34,4	131	100,0
	GESTIRE RIFIUTO TRATTAMENTO	24	18,6	38	29,5	34	26,4	33	25,6	129	100,0
	PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. SVP	27	20,9	24	18,6	50	38,8	28	21,7	129	100,0
	DIMETTERE NON A. S. SENZA RETE FAMILIARE	39	31,2	35	28,0	16	12,8	35	28,0	125	100,0
	COMUNICARE DIAGNOSI INFAUSTA	20	16,3	38	30,9	29	23,6	36	29,3	123	100,0
	PRATICARE SEDAZIONE PALLIATIVA	10	8,2	32	26,2	18	14,8	62	50,8	122	100,0
	STABILIRE PRIORITÀ IN SCARSITÀ RISORSE	28	23,1	49	40,5	11	9,1	33	27,3	121	100,0
	ATTUARE CONTENZIONE GERIATRICA	32	26,4	28	23,1	11	9,1	50	41,3	121	100,0
	GESTIRE CONSENSO NEGLI INCAPACI NATURALI	19	15,8	36	30,0	8	6,7	57	47,5	120	100,0
	AIUTARE INGUARIBILI	32	26,9	22	18,5	13	10,9	52	43,7	119	100,0
	GESTIRE CONSENSO IN URGENZA	12	10,2	31	26,3	8	6,8	67	56,8	118	100,0
	PRATICARE TERAPIA CON OPIACEI	1	0,9	34	29,1	22	18,8	60	51,3	117	100,0
	GESTIRE CONSENSO IN CHIR. DEMOLITIVA	7	6,0	33	28,2	3	2,6	74	63,2	117	100,0
MEDICI	INTERROMPERE SOSTEGNO VITALE	15	26,3	17	29,8	20	35,1	5	8,8	57	100,0
	GESTIRE RICHIESTA EUTANASIA PZ TERMINALE	15	26,8	17	30,4	18	32,1	6	10,7	56	100,0
	STABILIRE PRIORITÀ IN SCARSITÀ RISORSE	13	23,6	17	30,9	13	23,6	12	21,8	55	100,0
	ASTENERSI DA SOSTEGNO VITALE	13	24,5	14	26,4	20	37,7	6	11,3	53	100,0
	PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. SVP	12	25,5	9	19,1	15	31,9	11	23,4	47	100,0
	PRATICARE NUTR/IDRAT IN PZ. DEMENZA TERM.	10	21,7	11	23,9	8	17,4	17	37,0	46	100,0
	GESTIRE RIFIUTO TRATTAMENTO	7	15,6	12	26,7	11	24,4	15	33,3	45	100,0
	DIMETTERE NON A. S. SENZA RETE FAMILIARE	15	33,3	11	24,4	7	15,6	12	26,7	45	100,0
	GESTIRE CONSENSO IN URGENZA	5	11,4	6	13,6	5	11,4	28	63,6	44	100,0
	GESTIRE CONSENSO NEGLI INCAPACI NATURALI	6	13,6	11	25,0	7	15,9	20	45,5	44	100,0
	GESTIRE CONSENSO IN CHIR. DEMOLITIVA	4	9,1	8	18,2	7	15,9	25	56,8	44	100,0
	PRATICARE SEDAZIONE PALLIATIVA	4	9,3	10	23,3	6	14,0	23	53,5	43	100,0
	ATTUARE CONTENZIONE GERIATRICA	4	9,3	7	16,3	7	16,3	25	58,1	43	100,0
	COMUNICARE DIAGNOSI INFAUSTA	17	40,5	10	23,8	4	9,5	11	26,2	42	100,0
	AIUTARE INGUARIBILI	10	23,8	6	14,3	5	11,9	21	50,0	42	100,0
	PRATICARE TERAPIA CON OPIACEI	2	4,9	8	19,5	6	14,6	25	61,0	41	100,0

6. Come devono essere affrontati i dilemmi etici nella pratica clinica (grafico 5)

	disaccordo		accordo		N.D.		TOTALE	
	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici
NON SOLO DAI MEDICI	6	10	107	30	4	0	117	40
% Riga	5,1	25,0	91,5	75,0	3,4	0,0	100,0	100,0
CON PUBBLICHE ARGOMENTAZIONI	64	19	47	19	6	2	117	40
% Riga	5,1	25,0	91,5	75,0	3,4	0,0	100,0	100,0
RISCHIO DI STRUMENTALIZZAZIONE POLITI CO-MEDIATICA	20	5	92	35	5	0	117	40
% Riga	17,1	12,5	78,6	87,5	4,3	0,0	100,0	100,0

	disaccordo	%	accordo	%	N.D.	%	totale	%
NON SOLO DAI MEDICI	16	10,2	137	87,3	4	2,5	157	100,0
CON PUBBLICHE ARGOMENTAZIONI	83	52,9	66	42,0	8	5,1	157	100,0
RISCHIO DI STRUMENTALIZZAZIONE	25	15,9	127	80,9	5	3,2	157	100,0

7. Quanto sono affrontati i problemi etici nel proprio contesto lavorativo (grafico 6)

	non affrontati	affrontati	N.D.	TOTALE
INFERMIERI	25	89	3	117
% Riga	21,4	76,1	2,6	100
% Colonna	92,6	70,1	100	74,5
MEDICI	2	38	0	40
% Riga	5,0	95,0	0,0	100
% Colonna	7,4	29,9	0	25,5
TOTALE	27	127	3	157
% Riga	17,2	80,9	1,9	100
% Colonna	100	100	100	100

8. Come sono affrontati i problemi etici nel proprio contesto lavorativo (grafico 7)

	discussioni formali	discussioni occasionali	coinvol. familiari	relazione med-paz	consulenze specifiche	confronto nel team	incontri tematici con pz.	TOTALE RISPOSTE
INFERMIERI	37	51	27	6	9	18	0	148
% Riga	25,0	34,5	18,2	4,1	6,1	12,2	0,0	100,0
MEDICI	10	26	23	5	2	5	0	71
% Riga	14,1	36,6	32,4	7,0	2,8	7,0	0,0	100,0
TOTALE	47	77	50	11	11	23	0	219
% Riga	21,5	35,16	22,8	5,0	5,0	10,5	0,0	100,0

9. Frequenza del contatto con il morire e la morte in ospedale (grafico 8)

		mai	<1/mese	almeno 1/mese	almeno 1/settimana	ogni giorno	N.D.	TOTALE	
INFERMIERI	MEDICINA	n	0	1	5	15	13	0	34
		%	0,0	2,9	14,7	44,1	38,2	0,0	100
	CHIRURGIA	n	0	9	8	6	1	0	24
		%	0,0	37,5	33,3	25,0	4,2	0,0	100
	PEDIATRIA	n	5	9	0	0	0	1	15
		%	33,3	60,0	0,0	0,0	0,0	6,7	100
	AREA CRITICA	n	0	7	22	14	0	1	44
		%	0,0	15,9	50,0	31,8	0,0	2,3	100
MEDICI	MEDICINA	n	0	1	4	5	2	0	12
		%	0,0	8,3	33,3	41,7	16,7	0,0	100
	CHIRURGIA	n	0	1	4	4	0	0	9
		%	0,0	11,1	44,4	44,4	0,0	0,0	100
	PEDIATRIA	n	0	6	0	0	0	0	6
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100
	AREA CRITICA	n	0	1	1	10	1	0	13
		%	0,0	7,7	7,7	76,9	7,7	0,0	100
	TOTALE	n	5	35	44	54	17	2	157
		%	3,2	22,3	28	34,4	10,8	1,3	100

10. Valutazione della adeguatezza locale delle condizioni logistiche (spazi) e dei tempi (grafico 9)

	inadeguati		poco adeguati		abbastanza adeguati		compl. adeguati		N.D.		totale	
	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici
SPAZI ASSISTENZA MORENTE	31	2	45	16	36	18	4	4	1	0	117	40
% Riga	26,5	5,0	38,5	40,0	30,8	45,0	3,4	10,0	0,9	0,0	100	100
TEMPI ASSISTENZA MORENTE	27	2	44	17	40	16	5	3	1	2	117	40
% Riga	23,1	5	37,6	42,5	34,2	40	4,3	7,5	0,9	5	100	100
SPAZI PER FAMILIARI MORENTE	34	7	48	20	33	10	0	2	2	1	117	40
% Riga	29,1	17,5	41,0	50,0	28,2	25,0	0,0	5,0	1,7	2,5	100	100
TEMPI PER FAMILIARI MORENTE	26	5	47	16	39	14	2	5	3	0	117	40
% Riga	22,2	12,5	40,2	40,0	33,3	35,0	1,7	12,5	2,6	0,0	100	100
SPAZI SOSTA SALMA E COMMIATO	41	4	36	15	33	15	5	5	2	1	117	40
% Riga	35,0	10	30,8	37,5	28,2	37,5	4,3	12,5	1,7	2,5	100	100
TEMPI SOSTA SALMA E COMMIATO	26	4	37	13	41	16	9	6	4	1	117	40
% Riga	22,2	10	31,6	32,5	35,0	40	7,7	15	3,4	2,5	100	100

	inadeguati	poco adeguati	abbastanza adeguati	compl. adeguati	N.D.	totale
SPAZI ASSISTENZA MORENTE	33	61	54	8	1	157
% Riga	21,0	38,9	34,4	5,1	0,6	100,0
TEMPI ASSISTENZA MORENTE	29	61	56	8	3	157
% Riga	18,5	38,9	35,7	5,1	1,9	100,0
SPAZI PER FAMILIARI MORENTE	41	68	43	2	3	157
% Riga	26,1	43,3	27,4	1,3	1,9	100,0
TEMPI PER FAMILIARI MORENTE	31	63	53	7	3	157
% Riga	19,7	40,1	33,8	4,5	1,9	100,0
SPAZI SOSTA SALMA E COMMIATO	45	51	48	10	3	157
% Riga	28,7	32,5	30,6	6,4	1,9	100,0
TEMPI SOSTA SALMA E COMMIATO	30	50	57	15	5	157
% Riga	19,1	31,8	36,3	9,6	3,2	100,0

11. Attribuzione del compito di accompagnamento del morente e dei suoi familiari (grafico 10)

	intera equipe	medici	infermieri	oss	psicologo	sacerdote	volontario	N.D.	TOTALE
INFERMIERI	107	0	4	0	1	2	0	3	117
% Riga	91,5	0	3,4	0	0,9	1,7	0	2,6	100
% Colonna	74,3	0	100	0	100	100	100	100	74,5
MEDICI	37	1	0	2	0	0	0	0	40
% Riga	92,5	2,5	0	5	0	0	0	0	100
% Colonna	25,7	100	0	100	0	0	0	0	25,5
TOTALE	144	1	4	2	1	2	0	3	157
% Riga	91,7	0,6	2,5	1,3	0,6	1,3	0	1,9	100
% Colonna	100	100	100	100	100	100	100	100	100

12. Livello auto percepito di formazione e di preparazione sul tema del morire e dell'assistenza al morente (grafico 11; torte 1,2,3,4)

	per niente		poco		abbastanza		completamente		N.D.		totale	
	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici	infermieri	medici
formazione su assistenza al morente	9	6	43	18	62	14	2	1	1	1	117	40
% Riga	7,7	15,0	36,8	45,0	53,0	35,0	1,7	2,5	0,9	2,5	100	100
preparazione su assistenza al morente	8	3	51	16	57	19	0	2	1	0	117	40
% Riga	6,8	7,5	43,6	40,0	48,7	47,5	0,0	5,0	0,9	0,0	100	100
preparazione assistenza/sostegno ai familiari del morente	9	3	52	19	55	17	0	1	1	0	117	40
% Riga	7,7	7,5	44,4	47,5	47,0	42,5	0,0	2,5	0,9	0,0	100	100
esperienza ha migliorato capacità di risposta sui temi del morire?	10	0	13	5	68	17	25	18	1	0	117	40
% Riga	8,5	0,0	11,1	12,5	58,1	42,5	21,4	45,0	0,9	0,0	100	100

	per niente	poco	abbastanza	completam.	N.D.	totale
	formazione su assistenza al morente	15	61	76	3	2
% Riga	9,6	38,9	48,4	1,9	1,3	100
preparazione su assistenza al morente	11	67	76	2	1	157
% Riga	7,0	42,7	48,4	1,3	0,6	100
preparazione assistenza/sostegno ai familiari del morente	12	71	72	1	1	157
% Riga	7,6	45,2	45,9	0,6	0,6	100
esperienza ha migliorato capacità di risposta sui temi del morire?	10	18	85	43	1	157
% Riga	6,4	11,5	54,1	27,4	0,6	100

13. Individuazione delle principali difficoltà in prossimità della morte di un paziente (grafico 12)

risposta selezionata	N selezioni	N responder	%
confortare i familiari	74	157	47,1
prendere decisioni su trattamenti appropriati	66	157	42,0
controllare le proprie emozioni	43	157	27,4
stare accanto al morente	41	157	26,1
evitare disagio agli altri pazienti	31	157	19,7
agevolare presenza familiari	28	157	17,8
mantenere comunicazione/collaborazione team	26	157	16,6
espletare aspetti tecnici cura	18	157	11,5
non intralciare assistenza altri pazienti	12	157	7,6
	199		

14. Numero e percentuale di operatori che affermano o meno l'esistenza di protocolli di ospedale sui temi della terminalità (grafico 13)

	selezionato	% operatori asseriscono esistenza protocolli	non selezionato	% operatori negano esistenza protocolli	totale
sosta e trasferimento salma	81	51,6	76	48,4	157
igiene salma	54	34,4	103	65,6	157
accompagnamento del morente	20	12,7	137	87,3	157
comunicazione decesso ai familiari	17	10,8	140	89,2	157
cura della terminalità	8	5,1	149	94,9	157
assistenza alle famiglie	8	5,1	149	94,9	157

15. Individuazione dei principali ostacoli per favorire una morte dignitosa (grafico 14)

	selezionato	non selezionato	totale
disporre tempo adeguato assistenza	101	56	157
disporre spazi idonei terminalità/commiato	99	58	157
rispettare volontà di fine vita	74	83	157
strumenti per elaborare vissuto operatori	62	95	157
favorire presenza familiari	50	107	157
migliorare comunicazione tra staff	28	129	157
facilitare ingresso in hospice	25	132	157
attivare ministro di culto	4	153	157

16. Morte e multiculturalità, le principali difficoltà (grafico 15)

	selezionato	%	non selezionato	%	totale	%
confronto con stili e riti inediti	86	54,8	71	45,2	157	100
adeguatezza dei piani assistenziali	61	38,9	96	61,1	157	100
disponibilità mediatori culturali	47	29,9	110	70,1	157	100
disponibilità ministri di culto	20	12,7	137	87,3	157	100

17. Livello di accessibilità alle informazioni da parte di familiari dopo la morte di un congiunto (grafico 16)

	per niente	poco	abbastanza	completam.	N.D.	TOTALE
INFERMIERI	6	21	66	21	3	117
% Riga	5,1	17,9	56,4	17,9	2,6	100
% Colonna	85,7	84	75,9	63,6	60	74,5
MEDICI	1	4	21	12	2	40
% Riga	2,5	10	52,5	30	5	100
% Colonna	14,3	16	24,1	36,4	40	25,5
TOTALE	7	25	87	33	5	157
% Riga	4,5	15,9	55,4	21	3,2	100
% Colonna	100	100	100	100	100	100

Il corso di formazione sui temi della bioetica

L'indagine sui "bisogni di formazione" del personale medico e infermieristico dell'ospedale di San Daniele del Friuli evidenzia che un tema percepito di cruciale importanza è il modo di "offrire" l'assistenza durante il periodo di fine vita dei pazienti e che tale tema coinvolge anche i necessari rapporti con i familiari del morente. Di seguito è ipotizzata una declinazione di un possibile corso di formazione, che dovrà essere concordato con la Direzione generale perchè rappresenti un impegno istituzionale del Centro di Formazione Aziendale.

Motivazioni e destinatari

Il corso si colloca all'interno delle iniziative formative istituite dall'ASS 4 "Medio Friuli" ed è pensato per fornire una generale introduzione teorica ai temi della bioetica e per ottenere positive ricadute sulla operatività professionale. Infatti, su questioni come quelle bioetiche, che coinvolgono saperi diversi e toccano temi di grande impatto emotivo, cresce la richiesta di strumenti che aiutino comprensione e comunicazione e, soprattutto, escludano la frequente contrapposizione ideologica delle diverse posizioni. La richiesta formativa è in particolare espressa da chi ogni giorno, per la attività professionale di assistenza e cura, si trova coinvolto in situazioni di fine vita che obbligano a interrogarsi su un agire professionale che, in nessun momento, può eludere il principio assoluto di rispetto della dignità della persona umana.

I destinatari del corso sono medici e infermieri operanti all'interno dei servizi socio-sanitari, la cui pratica quotidiana si confronta con problemi e dilemmi di natura morale e operatori professionali che, in vari settori, gestiscono iniziative che toccano aspetti bioetici.

Direzione del Corso

Il corso è promosso dalla ASS 4 "Medio Friuli" attraverso il suo Centro di Formazione Aziendale e la direzione dell'iniziativa è affidata al Direttore sanitario.

La direzione del Corso si avvale, oltre che dei referenti delle strutture e dei dipartimenti coinvolti, del contributo scientifico di esperti afferenti a Enti e Istituti tra i più prestigiosi nel campo della Bioetica.

Struttura didattica

Il Corso si articola in 2 moduli dedicati rispettivamente a:

Bioetica: le questioni fondamentali

Bioetica e Biotecnologie

Il Corso utilizza diversi metodi didattici: - lezioni frontali, tavole rotonde, interviste, discussione di casi clinici, analisi di protocolli sperimentali, valutazione di direttive e linee guida, rassegne bibliografiche, presentazione di testi normativi, visione e discussione di film, produzione di documenti con analisi etiche di casi clinici.

La verifica finale si basa sulla valutazione di un elaborato relativo alla analisi etica di un caso clinico. Tale elaborato è obbligatorio per conseguire l'attestato. Il Corso è inserito nel sistema della formazione continua in medicina (ECM) e prevede l'assegnazione di crediti.

Per conseguire il titolo e l'assegnazione dei crediti formativi è necessario partecipare al 100% degli incontri e produrre l'elaborato sul caso clinico assegnato

Dato il carattere interdisciplinare della Bioetica e l'interesse che suscita in molteplici settori, l'iscrizione è aperta a medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e sanitarie.

Il corso su temi di Bioetica dovrebbe essere limitato a 20 – 30 persone ed occupare almeno otto pomeriggi articolati come di seguito.

Primo modulo.	Bioetica: le questioni fondamentali
---------------	-------------------------------------

Pomeriggio 1

15.00 – 15.30 Test di ingresso
15.30 - 17.00 Presentazione e analisi dei risultati del questionario somministrato a medici ed infermieri dell'ospedale di San Daniele del Friuli

Pausa

17.15 – 18.30 Presentazione del Corso
Le fonti per lo studio della bioetica: consegna dei testi propedeutici (*)
Discussione

(*) Corrado Viafora: Introduzione alla bioetica. Franco Angeli Editore, 2006
Iona Heath: Modi di morire. Bollati Boringhieri, 2008
Che cosa vuol dire morire. A cura di Daniela Monti. Einaudi, 2010

Pomeriggio 2

15.00 – 15.45 Un' introduzione all'argomentazione bioetica
15.45 – 17.00 Bioetica: il ruolo della religione

Pausa

17.15 – 19.00 L'argomentazione bioetica: le prospettive personalistica, utilitaristica e liberale
Discussione

Pomeriggio 3

15.00 – 15.45 La legislazione nel mondo e in Italia
15.45 – 17.00 Criteri di orientamento per l'allocazione delle risorse in sanità

Pausa

17.15 – 18.45 Proiezione di un film (da definire)
Discussione

Pomeriggio 4

15.00 – 15.45 Salute, diritto alla salute e consenso informato
15.45 – 17.00 Direttive anticipate di trattamento

Pausa

17.15 – 18.45 La relazionale tra operatori, malato e familiari nello scenario della morte
Discussione

Pomeriggio 5

15.00 – 15.45 Problemi etici nelle cure a lungo termine: la nutrizione artificiale
15.45 – 17.00 Problemi etici nelle cure palliative: la sedazione in fase terminale

Pausa

17.15 – 19.00 Metodologia per l'analisi etica della pratica clinica
L'analisi etica di un caso clinico: simulazione (i casi Englaro, Welby e Nuvoli)
Consegna dei casi clinici per una elaborazione individuale della analisi etica
Discussione

Secondo modulo. Bioetica e Biotecnologie
--

Pomeriggio 6

15.00 – 15.45 Corpo, cervello, mente: implicanze bioetiche delle neuroscienze
15.45 – 17.00 Applicazioni biotecnologiche della nuova genetica: le cellule staminali

Pausa

17.15 – 18.15 Applicazioni biotecnologiche della nuova genetica: i test genetici
18.15 – 19.00 Tra scienza, etica e politica: il principio di precauzione nelle biotecnologie
Discussione

Pomeriggio 7

15.00 – 18.00 Lettura e discussione degli elaborati

Pausa

18.15 – 19.00 Test di uscita
Conclusioni

Pomeriggio 8

A fine corso sarà organizzato un Convegno monotematico, aperto al pubblico, guidato da un esperto di chiara fama sull' argomento risultato il più controverso tra quelli considerati ed evidenziati dal test di uscita.