

L'importanza dell'anamnesi esistenziale nell'approccio al cDCD

Elisabetta Masturzo¹; Marco Sacchi¹; Marco Bosio²

1. SS Coordinamento locale del prelievo di organi e tessuti
 2. Direttore Generale
 ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

MATERIALI E METODI

Le ultime Raccomandazioni della SIAARTI rappresentano una rivoluzione copernicana nell'approccio del rianimatore alla persona morente; già nel titolo introducono un nuovo concetto di cura che va oltre la guarigione, ovvero la cura del fine vita per garantire una morte dignitosa.

Si tratta certamente di una forma inedita di cura che presuppone l'astensione o l'interruzione dei trattamenti sproporzionati, nonché l'obbligo etico, deontologico e giuridico di indagare il progetto di vita della persona a fronte di DAT o attraverso un'anamnesi esistenziale eventualmente derivata dalla testimonianza indiretta dei congiunti, là ove le prime non siano disponibili.

Tale approccio assume tanta maggiore rilevanza nel cDCD che, nel Protocollo aziendale, prevede sia una informativa specifica sul percorso di desistenza terapeutica e di donazione a cuore fermo, sia moduli per la raccolta organizzata delle scelte dell'interessato riguardo ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali (nutrizione e idratazione artificiale e sedazione palliativa continua profonda) e di fine vita.

CONTENUTI

I criteri di arruolamento del paziente al Protocollo aziendale cDCD presuppongono una ricognizione anamnestica sequenziale basata sui seguenti supporti cartacei:

Verifica delle DAT e della nomina di un fiduciario designato a prendere decisioni in luogo dell'interessato attraverso il modulo di Consenso informato alla comunicazione delle informazioni sanitarie.

Verifica delle eventuali volontà dell'interessato prima di versare in stato di incoscienza sul modulo aziendale di Consenso ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e nella fase finale della vita.

In mancanza delle predette, ricostruzione della anamnesi esistenziale attraverso il colloquio con i congiunti e annotazione nella documentazione sanitaria.

Informativa ai familiari in ordine al piano di desistenza terapeutica ed alla donazione a cuore fermo, in quest'ultimo caso con sottoscrizione per presa visione.

CONCLUSIONI

Anche nell'approccio al cDCD il medico dovrà acquisire competenze inedite e quasi certamente non maturate durante i corsi e i tirocini universitari; ciò in ragione del fatto che l'anamnesi non dovrà più consistere soltanto in una raccolta di dati, di parametri e di date, ma nella trascrizione letterale di un racconto e il comunicare non significherà più solamente informare, ma ascoltare attivamente, se necessario anche i silenzi, senza giudizio, senza noia e con empatia.

Nella decisione di limitare i trattamenti, il medico dovrà necessariamente svolgere un ruolo di sintesi acquisendo ogni possibile visione di senso della persona malata o morente, sulle sue volontà rispetto al percorso di cura, sulle sue convinzioni filosofiche, etiche, religiose e persino ideologiche rispetto al fine vita.

Tali aspetti hanno eguali riverberi sia sull'avvio del piano di desistenza terapeutica, sia su quello del prelievo da donatore a cuore fermo controllato.