

Atti Convegno ed Elaborati

3° Premio Filippo Gobbato

2017

a cura

dell'Associazione Culturale "AniMA la Vita"

Comitato Promotore Premio Filippo Gobbato

Associazione Culturale



organizza in collaborazione con



e con il Patrocinio di



il

CONVEGNO

L'azione di speranza nel malato terminale.
"3° Premio Filippo Gobbato 2017"

Turzo, 27 gennaio 2017 – Auditorium Banca Credito Cooperativo delle Prealpi.

Evento con il contributo di  e la collaborazione del periodico 

3° Premio Filippo Gobbatto

2017

Atti Convegno ed Elaborati

a cura

dell'Associazione Culturale "AniMA la Vita"

Comitato Promotore Premio Filippo Gobbatto

Associazione Culturale



Il Comitato Promotore

con il Patrocinio di



Università degli
Studi di Padova



Regione del
Veneto



PROVINCIA
DI TREVISO



Città di
Vittorio Veneto



Città di
Conegliano



Pastorale
Giovanile
Diocesana di
Vittorio Veneto

indice il

”3° PREMIO FILIPPO GOBBATO 2017”

Per onorare la memoria di Filippo Gobbato, in coerenza con le finalità dell’Associazione Culturale “AniMA la Vita” a lui dedicata, **il Comitato Promotore**, bandisce un Concorso di **poesia inedita** riservato agli Studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell’Università degli Studi di Padova afferenti alle Sedi Didattiche di Conegliano; ai partecipanti alle attività gestite dalla Pastorale Giovanile a livello Parrocchiale e Diocesano di Vittorio Veneto con particolare proposta agli Studenti delle classi quarte dei Licei di Conegliano, Vittorio Veneto e Pieve di Soligo.

La partecipazione è gratuita.

Attraverso il Concorso si vuole promuovere la riflessione sul comfort alla persona non guaribile, inteso come qualità di vita, benessere fisico e funzionale, sensazione di pace spirituale, percezione di essere assistiti e benessere della famiglia. Questo con particolare riferimento alla domiciliarità, intesa come luogo privilegiato di vita vissuta anche nella sua terminalità.

Il Bando prevede la partecipazione al Concorso attraverso la **presentazione di una poesia a tema libero inedita** ispirata a:

“L’azione di speranza nel malato terminale.”

1. Criteri di partecipazione

Possono partecipare in forma singola, **in una unica sezione**:

- tutti gli Studenti iscritti ai Corsi di Laurea in Assistenza Sanitaria, Fisioterapia, Infermieristica e Terapia Occupazionale delle Sedi Didattiche di Conegliano;

- i partecipanti alle attività gestite dalla Pastorale Giovanile a livello Parrocchiale e Diocesano di Vittorio Veneto con particolare proposta agli Studenti delle classi quarte dei Licei di Conegliano, Vittorio Veneto e Pieve di Soligo.

2. Premi

Si attribuiranno i seguenti premi: **1° classificato** (Euro 250), **2° classificato** (Euro 150) e **3° classificato** (Euro 100); un **Premio Giuria intitolato a “Lia Raccanelli”** ed eventuali **segnalazioni di merito**.

A **tutti** i concorrenti verrà rilasciato Attestato di partecipazione.

3. Recapiti e termini di presentazione

La poesia va inviata tramite e-mail unitamente ai propri dati personali (nome e cognome, indirizzo di residenza, recapito telefonico ed e-mail, specificando se si tratta di aderente alle attività della Pastorale Giovanile, Studente Universitario o Liceale e di quale Corso o Istituto) all'indirizzo e-mail: info@filippogobbato.it

In caso di impossibilità di invio tramite e-mail, è possibile spedire in formato cartaceo inserendo nella busta cinque copie della poesia e un foglio con i dati personali (gli stessi richiesti per l'invio tramite e-mail) all'indirizzo: Associazione Culturale “AniMA la Vita” c/o Ferdinando Gobbato – via Umberto Cosmo, 38 - 31029 Vittorio Veneto (TV).

La poesia va inviata **entro e non oltre il 31 ottobre 2016**.

4. Giuria

La Giuria del “**3° Premio Filippo Gobbato 2017**”, che a suo insindacabile e inappellabile giudizio stilerà la classifica, è così composta:

Angelica Osellin Gobbato – Presidente dell'Associazione “AniMA la Vita” e Comitato Promotore “3° Premio Filippo Gobbato 2017”;

Alessandro Biz giornalista e scrittore, direttore del periodico “Il Piave”;

Aldo Santucci, poeta e scrittore,

Lodovico Pradella, storico,

Laura Beacco, insegnante di lettere.

La Segreteria è composta da **Franco Gobbato** (portavoce e tesoriere) e da **Ferdinando Gobbato** (segretario) dell'Associazione Culturale "AniMA la Vita".

6. Premiazioni

Le **premiazioni** verranno effettuate il **27 Gennaio 2017** (pomeriggio) in occasione di un apposito **Convegno** con orari e sede da definire.

7. Info

Tutte le **informazioni** relative **al bando, al Convegno e alla premiazione** saranno reperibili dal sito www.filippogobbato.it - area "Eventi".

Evento in collaborazione con il periodico "Il Piave".

Data, 01 maggio 2016

Il Presidente Ass.ne Culturale "AniMA la Vita"

Sig.ra Angelica Osellin Gobbato

Associazione Culturale



organizza in collaborazione con



e con il Patrocinio di



Regione del Veneto



Università degli
Studi di Padova



PROVINCIA
DI TREVISO



Città di
Vittorio Veneto



Città di
Conegliano



Pastorale
Giovanile
Diocesana di
Vittorio Veneto

il

CONVEGNO

L'azione di speranza nel malato terminale.

“3° Premio Filippo Gobbato 2017”

Tarzo, 27 gennaio 2017 – Auditorium Banca Credito Cooperativo delle Prealpi.

Evento con il contributo di



e la collaborazione del periodico



Associazione Culturale



organizza in collaborazione con



e con il Patrocinio di



Regione del Veneto



Università degli
Studi di Padova



PROVINCIA
DI TREVISO



Città di
Vittorio Veneto



Città di
Conegliano



Pastorale
Giovanile
Diocesana di
Vittorio Veneto

il

CONVEGNO

“L’azione di speranza nel malato terminale.”

“3° Premio Filippo Gobbato 2017”

Tarzo, 27 gennaio 2017 – Auditorium Banca Credito Cooperativo delle Prealpi.

Programma:

13,30 – Registrazione partecipanti per rilascio attestato.

14,00 – **1° Parte:** Saluti di benvenuto e introduzione ai lavori;

Moderatore: Franco Gobbato: portavoce e tesoriere “Ass.ne AniMA la Vita”.

14,30 – Intervento Presidenza Associazione Culturale “AniMA la Vita”, compreso annuncio tematica del “4° Premio Filippo Gobbato 2019”.

14,45 – **2° Parte: Moderatori: Dott.ssa Mara Dorigo e Dott. Riccardo Verza,**

Coordinatori Corsi di Laurea Polo Didattico di Conegliano dell'Università degli Studi di Padova.

“Quali sono oggi le prospettive che possono concorrere a dare speranza nel fine vita?”

Da sempre i grandi quesiti del vivere inducono l'uomo a riflettere sui principi di autodeterminazione; dignità; giustizia; pace e sviluppo:

15,00 – La “dignità”: valore o condizione?

Martina De Nardi: Infermiere – Laurea Magistrale in Storia e Filosofia – Insegnante.

15,20 – Quale libertà individuale è oggi possibile nelle scelte terapeutiche?

Andrea De Polo: Avvocato – Consulente legale dell'Associazione Culturale “AniMA la Vita”.

15,40 – Può il fine vita essere un'esperienza di compimento della vita stessa?

Mara Dorigo: Infermiere – Laurea Magistrale – Coordinatore Aziendale CLI – Conegliano.

16,00 – La riabilitazione nella terminalità: un ossimoro o una prospettiva possibile?

Marta Battaglia: Fisioterapista – Laurea Magistrale – vincitore “2° Premio Filippo Gobbato 2015”.

16,20 – Esiste una relazione tra significatività esistenziale e qualità di vita?

Marco Ghirardi: Infermiere – Laurea Magistrale – vincitore “2° Premio Filippo Gobbato 2015”.

16,40 – Dibattito.

16,55 – 17,15 **Pausa**

17,15 – **3° Parte:** Premiazioni;

Moderatore: Alessandro Biz: Giornalista e scrittore, direttore del periodico “Il Piave”.

Attribuzione **Premio Giuria** intitolato a “Lia Raccanelli” ed eventuali segnalazioni di merito, lettura poesia/e e motivazioni.

Premiazione **Vincitori** Concorso 2017, lettura poesie e motivazioni. Attribuzione Premi come previsto da Bando di Concorso.

18,30 – Chiusura evento ed arrivederci al 2019.

Evento con il contributo di



e la collaborazione del periodico



Interventi delle autorità PARTE I



Il Portavoce dell'Associazione AniMA la Vita, Rag. Franco Gobbatto, moderatore della parte introduttiva del Convegno.



Il saluto, per la B.C.C. delle Prealpi, del Cav. Aristide Zilio.



Il saluto dell'Assessore Giovanni Napol per il Comune di Vittorio Veneto.



Il saluto del Sindaco di Conegliano Floriano Zambon.



Il saluto per la Pastorale Giovanile della Diocesi di Vittorio Veneto di Don Andrea Dal Cin.



Il saluto del Direttore Generale dell'ULSS2 Dr. Francesco Benazzi.



In conclusione dei lavori della giornata, il saluto di Sua Eccellenza il Vescovo Mons. Corrado Pizziolo.

Intervento Presidenza Associazione Culturale “AniMA la Vita”



Buon pomeriggio a tutti e benvenuti.

E' con trepidazione e particolare emozione che do il benvenuto a nome della Presidente e del Comitato Promotore dell'Associazione culturale che rappresento, a questa giovane e numerosa assemblea.

Siamo alla 3° manifestazione pubblica per questa associazione che abbiamo deciso di costituire 5 anni fa. E' per noi questo un appuntamento importante, facciamo Memoria di eventi universali e particolari (per noi) che ci hanno indotto a scegliere questa data come giorno in cui ricordare un vissuto che vogliamo proporre e condividere.

Nel nostro sito abbiamo ampiamente dato ragione del perché delle nostre scelte.

Potevamo orientarci verso altre direzioni: raccogliere fondi, identificarci in un fiore o in un frutto o altro ancora; tutte nobili azioni nel complesso e, per fortuna, vasto mondo della solidarietà e dell'associazionismo.

Abbiamo volutamente scelto la via della Cultura, mettendo fortemente al centro che l'umanizzazione della presa in carico e la valorizzazione del COMFORT nel prendersi cura delle giovani persone in situazione di terminalità neoplastica/oncologica, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo divenisse l'elemento focale della nostra proposta, questo perché noi ci siamo rappresentati in un VOLTO, che allora come ora, siamo convinti, abbia una storia da raccontare e un segno da lasciare in eredità alle nuove generazioni.

Ecco perché abbiamo indicato come target di riferimento il mondo giovanile in formazione della nostra realtà territoriale, da prima riservato agli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, successivamente esteso agli ultimi anni dei licei.

Pensiamo che MOTIVARE in fase di formazione permetta di "sviluppare e/o introdurre i semi" per comportamenti che poi diventeranno un abito che si indosserà sempre: plasmare cioè comportamenti e certezze abituali nel corso della nostra vita.

E' un obiettivo che richiede di fare chiarezza nel contesto dei VALORI: la ricerca della VERITA' come DIGNITA', come SENSO del nostro ESSERE; della GIUSTIZIA; della LIBERTA' e della CARITA' come percezione dell'ALTRO, da cui ricavare dei PRINCIPI, come la PERSONA, il BENE COMUNE, la SUSSIDIARIETA' e la SOLIDARIETA'.

Non sempre sarà sufficiente il solo impegno della RAZIONALITA' ma bisognerà fare lo sforzo “per essere illuminati” dal profondo mondo della RAGIONEVOLEZZA, al fine di maturare una VALIDA ANTROPOLOGIA di riferimento che diventi un punto FONDAMENTALE sul quale misurare le proposte che il costume corrente offre, ciò al fine di riconoscerci in delle conclusioni proprie!

E' questa la capacità di avere un “Pensiero forte” – concedete il termine – sostenuto da motivazioni di ampio respiro che attingono ai VALORI della vita, della RESPONSABILITA' e della SOLIDARIETA' in una ottica del “divino che c'è nell'uomo”. Alla fine: ciascuno è ciò che ama! Di contro, il “Pensiero debole” ricorrente nella fatica di questo tempo di precarietà e incertezza soprattutto morale, trova esperienza in gruppi fondati prevalentemente su ideologie e/o dottrine! Ci accorgeremo di quanto il nostro “pensiero sia forte” quando non si diletta di sola teoria, ma trova ispirazione a progetti e fatti di CONCRETA UMANITÀ.

Un percorso complesso e difficile, del quale nella giornata odierna proveremo a percorrere assieme un piccolo tratto. Se ci riusciremo avremo aggiunto un elemento positivo al nostro esistere come Associazione Culturale.

Di significativo rilievo, in questa edizione, l'adesione alla nostra proposta degli Allievi del Liceo Marconi di Conegliano. Nella volontà di estendere agli ultimi anni dei licei il nostro progetto, c'era l'intento di confrontare la modalità di approccio alla tematica proposta tra giovani intenti a sviluppare una sensibilità professionale verso il mondo della SALUTE per professione, ed altri più o meno di pari età, che vivono tali problematiche dall'esterno. Grazie per aver accolto la “provocazione” e, grazie al lavoro

del Referente della Pastorale Giovanile della Diocesi che si relaziona con i Docenti di Religione, e in questo caso ha trovato terreno fertile anche perché in questo contesto, esiste un consolidato Gruppo di Lavoro su tematiche di Bioetica. E' l'esempio di una così detta scuola "ALA", che uscendo dalla gabbia della cultura nozionistica (che ha comunque una sua valenza) APRE AL VOLO DELLA VITA.

Ciò di cui trattiamo sono esperienze di vita, nei valori e principi di quanto detto prima.

Faremo il possibile, non solo, di non farci sfuggire questa apertura e partecipazione, ma cercheremo di implementarla anche con altre realtà scolastiche.

Gli ampliamenti di estensione territoriale con il passaggio da ULSS7 a ULSS2 Marca Trevigiana, con tutto quello che consegue, ci imporranno dei limiti. Come detto siamo una Associazione piccola, con intenti ambiziosi sì, ma che vive di reddito familiare. Metaforicamente ci è piaciuto paragonarci ad una "mosca" ben sapendo che "la mosca tira il calcio ch'ella può".

Comunque: ecco la nostra proposta per il 2019, che resta da definire nei particolari come diremo a breve.

Titolo: "4° Premio Filippo Gobbato 2019"

Tema: "IL SENSO DELLA VITA...". (il nostro statuto ci porta verso una "fase problematica" della stessa).

Modalità: arte raffigurativa (foto o video o disegno o ...)

Target: scuola secondaria superiore (4° e 5°) e corsi di laurea (ulss 2?)

Noi faremo su questo "schema" un invito ad un "tavolo concertativo", dove "chi ci sta" sarà coinvolto nella definizione dei contenuti precisi del Bando di Concorso per il 2019.

Quanto alle tempistiche pensiamo di inviare la proposta in concomitanza degli Auguri per le festività 2017-18 al fine di arrivare alla pubblicazione del Bando per Pasqua 2018. La chiusura con le Premiazioni il 28 gennaio 2019.

Oltre all'invito ed i contatti diretti, punto di riferimento resta sempre e comunque il nostro sito internet nell'area EVENTI.

Per quanto riguarda il Bando per il 2017 vogliamo di cuore ringraziare quanti si sono fatti promotori per divulgare l'iniziativa ed in particolare quanti hanno accolto l'invito a partecipare con un lavoro proprio. Come ogni Concorso, vi saranno dei vincitori, dei segnalati ed altri cui resta l'onore della partecipazione. Grazie a tutti loro. Non nascondiamo che per noi – esclusa la Presidente che ha attivamente partecipato – sia stato liberatorio, l'essere estranei nel frangente del giudizio e il poter contare sull'impegnativo, esperto, prezioso, capace lavoro della nostra Giuria, cui va fin d'ora la nostra gratitudine e il nostro sentito ringraziamento per l'impegnativo lavoro svolto. Nella fase della Premiazione, il Direttore del Periodico "Il Piave" non mancherà di essere analiticamente esaustivo nel riassumere il pensiero ed i giudizi della Giuria ed esprimere le MOTIVAZIONI delle scelte della stessa. Quello che noi ci sentiamo di dire, è il PLAUSO alla QUALITA' dei lavori. Tutti, chi da un punto di vista "poetico", altri da quello "emozionale", altri ancora privilegiando aspetti "tecnici" hanno espresso SENTIMENTI che qualificano l'ANIMO che c'è in loro.

Come consuetudine, raccoglieremo le POESIE come gli ATTI di questo Convegno in un book che inseriremo nel nostro sito nell'area "PUBBLICAZIONI".

Un ringraziamento particolare agli Enti Patrocinatori di questa manifestazione, qui rappresentati da autorevoli cariche istituzionali, negli anni hanno sempre rinnovato la loro fiducia nelle nostre iniziative, mai avremmo pensato di raccogliere adesioni e supporti così autorevoli: l'Azienda Ulss, con il Direttore Generale dott. Francesco Benazzi e la presenza di ex colleghi e ex studenti che con noi collaborano ormai da tempo e che più che collaboratori consideriamo nostri amici; la Regione del Veneto; la Provincia di Treviso; i Comuni Città di Conegliano e Vittorio Veneto. La Pastorale Giovanile della Diocesi, attraverso don

Roberto Bischer prima e Don Andrea Dal Cin ora. Dato il nostro target di riferimento ha sempre fattivamente appoggiato e divulgato le nostre iniziative. Un grazie particolare a Sua Eccellenza il Vescovo Mons. Corrado Pizziolo che tra i suoi innumerevoli impegni odierni prevede la sua presenza tra noi per un breve saluto verso le ore 18. Infine, ma non per ultimo, l'Università degli Studi di Padova. L'Università costituisce il "fiore all'occhiello" per una Associazione Culturale. A ben guardare sono oggi qui rappresentati tra lauree triennali e magistrali ben 5 Corsi delle Professioni Sanitarie; 2 per Infermieristica e per Fisioterapia oltre alla Terapia Occupazionale, cui vanno aggiunte: Storia e Filosofia e Giurisprudenza. Il contesto caratteristico del Convegno odierno è quello di: "giovani che parlano a giovani" sia pure di problematiche di elevato spessore morale e culturale in un interscambio di esperienze di sapere, di emozioni, di lavoro e di aspettative tra Corsi di Laurea e ultimi anni di Istituto Liceale.

Un ringraziamento particolare va alla Banca di Credito Cooperativo delle Prealpi, per la consueta sensibilità e per quanto continua a mettere a disposizione per rendere più speciali le nostre iniziative. Altrettanto alla Direzione del periodico "Il Piave" che, tra l'altro, ha fornito la Giuria per il "3° Premio Filippo Gobbato 2017". Siamo onorati di aver lavorato con voi.

Grazie di cuore a quanti non espressamente citati, che si muovono nell'ombra ma mettono sempre a nostra disposizione il loro "prezioso" consiglio e garantiscono presenza ed esperienza.

Tornando alla forzata metafora della "mosca", nel ringraziare voi per la vostra presenza: se questo è il risultato, "questa volta la mosca il calcio lo ha assestato forte!"

Grazie.



Associazione Culturale "AniMA la Vita"
3° Premio Filippo Gobato



Tarzo 27 Gennaio 2017
L'azione di speranza nel malato
terminale
II parte

Quali sono oggi le prospettive che concorrono a
dare speranza nel fine vita

Moderatori: dott. Mara Dorigo, Riccardo Verza





QUALI SONO OGGI LE PROSPETTIVE
CHE CONCORRONO A DARE SPERANZA NEL
FINE VITA



LA «DIGNITÀ»: VALORE O CONDIZIONE?

Martina De Nardi, docente

Laureata in infermieristica - aa 2015-2016

*"TO CURE VS TO CARE: IL CONCETTO DI DIGNITÀ
NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE*

UN'IDEA CON LA QUALE PENSIAMO, MA DELLA QUALE NON PENSIAMO"





UNA **MAI** *SONO* **OGGI** *LE* **PROSPETTIVE**
CHE **CONCORRONO** **A** **DARE** **SPERANZA** **NEL**
FINE **VITA**



TO CURE VS TO CARE:
IL CONCETTO DI DIGNITÀ TRA
FILOSOFIA, DIRITTO, ETICA
ED ESERCIZIO PROFESSIONALE

UN'IDEA *CON* LA QUALE PENSIAMO,
MA *DELLA* QUALE NON PENSIAMO

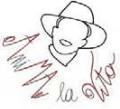
Relatore: dott.ssa Martina De Nardi



Perché parlare di dignità?



COS'È LA DIGNITÀ?



La dignità è...

- **FONDAMENTALE:** è qualcosa di essenziale che ci è proprio nella nostra umanità, che riconosciamo esserci ancora prima di saperla definire... Non solo la riconosciamo, ma individuiamo essa come qualcosa di essenziale.

– Mondo platonico delle *idee*, collocabile nell'*iperuranio*



La dignità è...

- **INTRINSECA:** nella vita, oltre la vita
 - Malattia psichiatrica
 - Vita immorale/ omicida
 - Morente/ morto
 - Immigrato



La dignità è...

INESTIMABILE: non è un valore a cui è possibile dare un prezzo, ma una condizione propria di ogni essere umano solo per il fatto di essere tale

•ci fa dunque riconoscere la dignità, e la colloca infinitamente al di sopra di ogni prezzo, col quale non lo si può in nessun modo paragonare e commisurare, senza una incomprensione radicale della sua santità» (*Fondazione della metafisica dei costumi*, 1785)

•Ma considerato come persona, e cioè come soggetto di una ragione moralmente pratica, l'uomo è al di sopra di qualunque prezzo...egli possiede una dignità (valore interiore assoluto) mediante cui costringe tutte le altre creature ragionevoli al rispetto della sua persona e può misurarsi con ciascuna di esse e considerarsi eguale ad esse» (*Metafisica dei costumi*, 1790)



La dignità è...

• **CONDIZIONE**, non valore

CONDIZIONE	VALORE
SEMPRE E COMUNQUE	DIPENDE DAL DOVE
UGUALE IN OGNI UOMO	DIPENDE DAL CHI
COSTITUENTE	DIPENDE DAL QUANDO
IMMUTABILE	MUTABILE



La dignità è...

CONCETTO LAICO: risiede nell'uomo stesso, non necessità di una causa esterna (es. Dio)

→ in ambito religioso, corrisponde alla *sacralità* della vita, che invece presuppone una fede di base: conferisco valore in quanto essa è stata data da Dio, quindi in qualche modo gli appartiene (si pensi alla selva dei suicidi descritta da Dante)

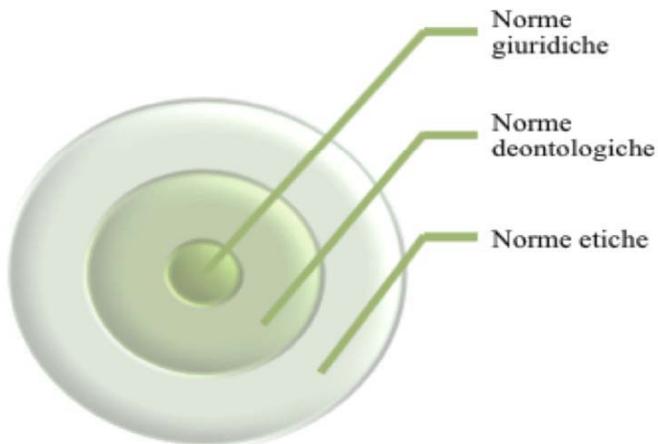


Tutelare la dignità

- Chi?
- Dove?
- Quando?



Tutelare la dignità



Costituzione Italiana, art. 32

“La Repubblica tutela la salute... la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”



Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, 2000

“La dignità umana è inviolabile.
Essa deve essere rispettata e
tutelata”



Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 1945

“Il riconoscimento della dignità inerente a
tutti i membri della famiglia umana e dei
loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce
il fondamento della libertà, della giustizia e
della pace nel mondo. [...] **Tutti gli esseri
umani nascono liberi ed eguali in dignità e
diritti”**



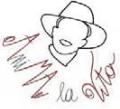
Convenzione di Oviedo, 2001

“Dignità come elemento imprescindibile da tutelare a ogni costo: non c’è applicazione della biologia e della medicina che possa giustificarne il mancato riconoscimento”



Carta dei Diritti del Morente, 2001

- Deve essere considerato persona sino alla morte (art.1),
- Partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà (art.4),
- Poter esprimere le proprie emozioni (art.11),
- Morire in pace e con dignità (art.12)”



Codice Deontologico dell'Infermiere (art. 3)

“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'individuo”



Cosa può fare ciascuno di noi per
assolvere a questo gravoso e
indispensabile compito?

Come posso tutelare la dignità
mia e altrui?



Dignity model, Chocinov

Uno strumento teorico e pratico nelle mani degli operatori sanitari

Dignity Model: teoria validata che prevede l'utilizzo di 3 categorie, suddivise a loro volta in temi e sottotitoli per ricondurre segni, sintomi e sentimenti riportati dai pazienti

Dignity Therapy: intervista semistruutturata di 30-60 minuti in cui il paziente è incoraggiato a parlare di sé e della propria vita

Patient Dignity Inventory: utilizza 25 indicatori ai quali il paziente da un valore da 1 a 5 in base a quanto è sentito il problema

ABCD of Dignity in care: 4 concetti guida per l'assistenza basata sul Dignity Model

Patient Dignity Question: si tratta di una semplice domanda aperta, ovvero "Cosa mi serve sapere circa la persona per darle la miglior assistenza possibile?" ("What do I need to know about you as a person to give you the best care possible?")



TAHAR BEN JELLOUN disse...

“Non incontrerai mai due volti assolutamente identici.

Non importa la bellezza o la bruttezza: queste cose sono relative.

Ciascun volto è il simbolo della vita.

E tutta la vita merita rispetto.

È trattando gli altri con dignità che si guadagna il rispetto per se stessi.”



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



*QUALI SONO OGGI LE PROSPETTIVE
CHE CONCORRONO A DARE SPERANZA NEL FINE
VITA*

QUALE LIBERTÀ INDIVIDUALE È OGGI POSSIBILE NELLE SCELTE TERAPEUTICHE?

Andrea De Polo, Avvocato

Consulente legale dell'associazione culturale Anima la Vita



I. DIRITTO ALLA SALUTE – EVOLUZIONE, RIFERIMENTI NORMATIVI, PREVISIONE COSTITUZIONALE

L'**Ottocento Europeo** è caratterizzato da un sostanziale disinteresse dei pubblici poteri per il bene-salute, fatta però eccezione per i profili di igiene e di ordine pubblico. Ad occuparsi delle condizioni di salute dei singoli sono organizzazioni private, molto spesso di matrice religiosa.

In Italia lo **Statuto Albertino**, la legge fondamentale dell'epoca, non contiene riferimenti alla salute del singolo, ed è la legge amministrativa a regolamentare i compiti di polizia sanitaria, sotto la tutela del Ministero dell'Interno.

Nel 1946 viene creata l'OMS, **Organizzazione Mondiale della Sanità** con sede a Ginevra, che definisce la **salute** uno "*state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity*". Si tratta di un'ampia definizione, in forte discontinuità con le concezioni precedenti.

La progressiva presa di coscienza delle questioni sanitarie e lo sviluppo della sensibilità giuridica trovano riscontro nei lavori dell'assemblea costituente e quindi nella **costituzione repubblicana** entrata in vigore nel 1948.

II. SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DEL SINGOLO E INTERESSE DELLA COLLETTIVITÀ

Come ben noto, l'art. 32 della nostra legge fondamentale afferma:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'art. 32 presenta molteplici ed importanti aspetti:

- a) demanda, innanzitutto, alla Repubblica (e quindi alla sua organizzazione) l'obbligo di tutelare la salute dei singoli, definendolo "diritto fondamentale dell'individuo" e "interesse della collettività";
- b) prevede la possibilità di assicurare cure gratuite ai non abbienti;
- c) pone dei limiti alle cure;
- d) indica infine un limite generale, in tema di normativa, legato al rispetto della persona umana.

Peraltro fra le costituzioni europee del secondo dopoguerra, quella italiana è stata la prima ad occuparsi del tema salute; né quella **tedesca del '49**, né quella **francese del '58** fanno esplicito riferimento alla protezione del diritto alla salute.

Solo a partire dagli **anni '70** la situazione da questo punto di vista cambia, come dimostrano le carte fondamentali approvate nei Paesi del centro-est Europa, dopo la caduta dei regimi dittatoriali comunisti, intorno all'anno 1989.

Ritornando all'art. 32 della Costituzione italiana, si è detto che esso ha una struttura complessa. Esso definisce innanzitutto la salute come **diritto fondamentale dell'individuo**: non del "cittadino" ma dell'"individuo" e quindi si tratta evidentemente

di un caso di **estrinsecazione dei diritti individuali dell'uomo** di cui all'art. 2 della Costituzione medesima. Vale a dire: non un diritto "creato" dall'ordinamento, ma un diritto preesistente che l'ordinamento si limita, per l'appunto, a "riconoscere", tanto più che il godimento di una condizione positiva di salute è la preconditione per realizzare molti degli altri diritti costituzionalmente garantiti.

La dottrina giuridica declina il diritto fondamentale alla salute dell'individuo in due modi: uno **oppositivo** ed uno **pretensivo**.

Sotto il **primo profilo – oppositivo** – diritto alla salute significa tutela della sanità psico-fisica del singolo; ognuno ha cioè il diritto di escludere interventi su di sé (ovvero sul suo corpo e sulla sua sfera psichica) che possano influenzare negativamente il suo stato di salute; a queste considerazioni, brevemente accennate, rinvia il tema del **danno biologico**, giurisprudenzialmente creato e poi modellato dalla Corte Costituzionale proprio per garantire ristoro a chi abbia subito lesioni del diritto alla salute, senza che – fra l'altro – rilevino condizioni sociali, età o professione del danneggiato.

Sotto il **secondo profilo – pretensivo** – il diritto alla salute viene qualificato come diritto di prestazione dei singoli, che la carta costituzionale demanda alla Repubblica di garantire. Potremmo dire che è l'aspetto positivo del diritto in esame. In questo senso l'art. 32 contiene un vero e proprio precetto giuridico, sebbene ad attuazione differita perché necessita la predisposizione degli apparati del caso da parte dei pubblici poteri.

Per completare questa semplice analisi del I comma dell'art. 32 Costituzione non si deve però dimenticare che il testo definisce il diritto alla salute anche con riferimento all'**interesse delle collettività**. Questa previsione, lungi dall'essere poco chiara (come riferito da alcuni autori), definisce invece un importante perimetro di interesse diffuso entro cui si possono legittimare **scelte autoritative** che impongono il sacrificio della salute del singolo (inteso sostanzialmente sotto il profilo oppositivo, cioè negativo) a vantaggio della salute della collettività.

III. LIBERTÀ E GRATUITÀ DELLE CURE

Il I comma dell'art. 32 termina con un preciso riferimento alle **cure che devono essere assicurate agli indigenti**. Il concetto di indigenza va valutato caso per caso ed emerge dal rapporto fra le disponibilità economiche dell'individuo e il costo della prestazione sanitaria necessaria. In questo senso quindi è bene precisare che il diritto individuale alla salute non si estende al diritto ad ottenere cure gratuite: in altre parole la garanzia della salute viene assicurata con l'effettività della prestazione e non con l'ottenimento di cure gratuite. Fatti salvi, per l'appunto, i casi di indigenza – nell'accezione della carta costituzionale, la cui individuazione è oggi di fatto demandata a criteri amministrativi e tributari ben noti a tutti gli operatori del settore.

Il tema fa il paio con la libertà di scelta fra strutture sanitarie pubbliche e private: un tale diritto – secondo la Corte Costituzionale, sentenza n. 173 del 1987 – non esiste nei

casi in cui la prestazione sia a carico delle finanze pubbliche. Da questo punto di vista secondo alcuni autori la piena libertà di scelta del medico opera soltanto quando le prestazioni erogate siano a carico di soggetti privati. Più in generale, si esclude che la libertà di scelta del medico sia un valore in sé, ma eventualmente sia un valore apprezzabile in relazione ad altri valori.

IV. TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI – DIRITTO A NON ESSERE CURATI

Il II comma dell'art. 32 Costituzione afferma che ***Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge***. La regola base prevede pertanto che i trattamenti sanitari obbligatori (cioè che si possono imporre al singolo contro la sua volontà, non ci riferiamo qui a quelli coattivi) sono vietati. Sono consentiti soltanto in determinati casi (previsti per legge) e con particolari garanzie. Si tratta naturalmente di una riserva di legge, dibattuta in dottrina dai giuristi, con conclusioni diverse.

Secondo un **primo orientamento, la riserva di legge ha carattere assoluto**: la legge dovrebbe cioè non solo indicare i casi di possibile ricorso al determinato trattamento sanitario ma esplicitare anche la tipologia e la procedura del trattamento, evitando spazi di manovra ai poteri amministrativi.

A parere di **altro orientamento, la riserva di legge in parola ha carattere relativo**: ovvero spetta al legislatore individuare i casi di possibile ricorso al trattamento sanitario ma lasciare all'amministrazione margini di discrezionalità in ordine alle procedure da seguire.

Va precisato inoltre che il comma II dell'art. 32 Costituzione ci dice poi che ***La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana***. Questo inciso ha l'effetto di rinforzare la riserva di legge sopra spiegata, nel senso che le leggi che individuano i casi di trattamenti obbligatori deve comunque tener conto dei limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Dentro il perimetro: 1. diritto alla salute (positivo e negativo), 2. interesse della collettività, 3. riserva di legge, 4. rispetto della persona umana, arriviamo al punto centrale – sotto il profilo teorico-giuridico – di tutta la questione oggetto di questo breve intervento.

Come già anticipato, i **trattamenti sanitari obbligatori (a tutela della salute dell'individuo, previsti per legge, salvo il rispetto della persona umana) si giustificano alla luce della qualificazione della salute come interesse della collettività**. Detto in altre parole: solo l'aspetto relazionale della salute del singolo con l'interesse della collettività può giustificare una limitazione all'autodeterminazione dell'individuo e imporre un determinato trattamento per legge. Quindi i trattamenti sono ammissibili qualora concorrano a realizzare un interesse pubblico senza ledere i diritti dell'individuo (e primariamente il bene-salute).

Dunque, la regola base è che **il trattamento sanitario non è obbligatorio**; non esiste un dovere di curarsi, anzi esiste un diritto a non curarsi e quindi – in linea di principio – a rifiutare le cure.

Le eccezioni vengono dai casi in cui la salute del singolo rilevi come interesse della comunità. In altre parole: è necessario che la salute del singolo possa arrecare nocumento alla salute pubblica perché siano ammissibili i trattamenti sanitari c.d. "obbligatori" (l'esempio della vaccinazione rispetto ad un'epidemia).

Se si accetta questa impostazione (è bene precisare: non da tutti condivisa, sia sotto il profilo morale che giuridico) deve concludersi che il diritto alla salute, come molti diritti costituzionalmente garantiti, può declinarsi tanto in senso positivo, quanto in senso negativo. Detto altrimenti: come diritto ad ottenere le cure, o come diritto a rifiutarle ed in ultima analisi a morire.

Le norme costituzionali menzionate in questo intervento concorrono a delineare un sistema che prevede il diritto dell'individuo ad **autodeterminarsi in ordine alle cure** nelle sue diverse accezioni, senza distinzione, per quanto attiene alla tutela, tra aspetto positivo (consenso) e risolto negativo (dissenso) dello stesso (in tal senso ROMBOLI, La libertà di disporre del proprio corpo: profili costituzionali, in Commentario Scialoja-Branca al c.c., Delle persone fisiche, sub art. 5, Bologna, 1988, p. 335 ss.). Si tratta di un diritto inviolabile (**ex artt. 13 e 2 Cost.**) che si identifica nella "libertà nella quale è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo" (A. SANTOSUOSSO, Autodeterminazione e diritto alla salute: da compagni di viaggio a difficili conviventi, in Notizie di Politeia, 1997, 47-48), fino a lasciarsi morire. Va posto in rilievo che, a fronte dell'affermazione, nell'art. 32 Cost., di tale diritto, in nessun luogo appare esplicitato un "dovere di vivere", né in altro modo sembra potersi individuare nel "rischio di morte" (o di malattia) un limite negativo al criterio della volontarietà dei trattamenti sanitari, a meno che ciò comporti rischi per i terzi. Nessuna legge, v'è da aggiungere, prevede un trattamento sanitario obbligatorio nel caso in cui il rifiuto di cure implichi una rinuncia alla vita. Il diritto alla vita è certamente un diritto inviolabile ricompreso tra quelli cui fa riferimento l'art. 2 Cost., ma ciò vale anche per la libertà personale (dichiarata espressamente inviolabile anche dall'art. 13 Cost.). L'eventuale conflitto tra questi due beni non può risolversi a favore del primo ed a scapito del secondo solo in base ad una pretesa maggior rilevanza o intangibilità, in quanto, pur prendendo atto del valore fondamentale del bene vita, esso non è assolutamente incondizionato e non comparabile con alcun altro bene di rilievo costituzionale.

V. IL RIFIUTO DI TRATTAMENTI SANITARI QUALE DECLINAZIONE DEL DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE

Con varie sentenze la Corte Costituzionale ha chiarito, in particolare, che il diritto al **rifiuto di trattamenti terapeutici** è un diritto inviolabile della persona, immediatamente precettivo ed efficace nell'ambito del nostro ordinamento, rientrante tra i valori supremi che l'ordinamento giuridico tutela a favore dell'individuo, e soprattutto, non diversamente dal diritto alla vita. Di conseguenza la Corte ha anche chiarito la scala di priorità per l'armonizzazione di un tale diritto costituzionale (che non può quindi

essere limitato da norme gerarchicamente inferiori come il noto art. 5 c.c.) con altri diritti, quale il diritto alla vita, nei confronti del quale non ha e non deve avere, nell'interpretazione del Giudice, una posizione subordinata, ma con cui concorre a costruire la matrice prima di ogni altro diritto della persona. In conclusione, dal quadro normativo delineato dalla Corte Costituzionale nel corso degli anni discende con chiarezza che l'individuo può rifiutare trattamenti medici e la sua volontà consapevole deve essere rispettata anche quando il rifiuto riguarda terapie salvavita. Tutto ciò vale non solo nel rapporto tra Stato e cittadini, ma anche tra privati, ovvero, tra il paziente ed il suo medico che dovrà attenersi alla volontà del malato come regola generale.

VI. IL CONSENSO INFORMATO

Inevitabile da ultimo introdurre e soltanto accennare il tema del **consenso informato**.

Il requisito del **consenso libero e consapevole del paziente**, quale presupposto di legittimità dell'operato del medico, costituisce l'aspetto più importante dell'evoluzione normativa, giurisprudenziale e dottrinale degli ultimi anni, in tema di responsabilità medica.

A seguito dell'entrata in vigore del Codice Civile del 1942 e della promulgazione della Carta Costituzionale del 1948 – che, all'art. 32, ha qualificato la salute come diritto fondamentale dell'individuo – la giurisprudenza ha configurato il **consenso del paziente quale causa di giustificazione dell'atto del medico** che, essendo potenzialmente lesivo dell'integrità psicofisica dell'individuo, si configurava come illecito in assenza di consenso.

In virtù dell'attività esplicativa e chiarificatrice svolta dal medico, il consenso del paziente deve, pertanto, qualificarsi come informato e la scelta della terapia non deve presentarsi come casuale o indirizzata dal sanitario, ma deve consistere in un **atto di vera e propria autodeterminazione**.

Il consenso informato si configura, infatti, come espressione della consapevole **adesione al trattamento sanitario proposto dal medico** e come vero e proprio diritto della persona che trova fondamento nei principi espressi dall'art. 2 Cost., che ne tutela e ne promuove i diritti fondamentali, e dagli artt. 13 e 32 Cost. (cfr. Corte Cost., 15 dicembre 2008, n. 438).

La necessità del consenso informato, inoltre, è prevista da numerose **fonti nazionali e internazionali**. Come esempi di legislazione nazionale si citano l'art. 3 l. n. 219/2005 – “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati” – l'art. 6 l. n. 40/2004 – “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita” – nonché l'art. 33 l. n. 833/78 – “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” –, il quale esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi è in grado di prestare il consenso e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p. (cfr. Cass. civ., 28 luglio 2011, n. 16543; Cass. civ., 16 ottobre 2007, n. 21748).

Tra le **fonti di diritto internazionale**, invece, possono richiamarsi l'art. 24 della Convenzione sui Diritti del Fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con l. n.176/91, l'art. 5 della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e sulla Biomedicina, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con l. n.145/2001 e, infine, l'art. 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000.

Anche il **Codice di Deontologia Medica del 2006**, all'art. 35, ribadisce che il sanitario non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente (cfr. Cass. civ., 16 ottobre 2007, n. 21748).

La circostanza per cui il consenso informato trova il suo fondamento direttamente nella Costituzione esprime la sua funzione di sintesi tra due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute (cfr. Corte Costituzionale, sentenza n.

438/2008). Il giudice delle leggi, infatti, ha affermato l'esistenza di un autonomo diritto all'autodeterminazione in ordine alla propria salute, distinto dal diritto alla salute ex art. 32 Cost.

Ogni individuo ha il **diritto a essere curato e contestualmente ha il diritto a ricevere le opportune informazioni in relazione alla natura ed ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto nonché delle eventuali terapie alternative** (cfr. Cass. civ., 2 luglio 2010, n. 15698: “*il medico-chirurgo viene meno all'obbligo di informare adeguatamente il paziente ed ottenerne il consenso all'atto medico, ove non gli fornisca, in modo completo ed esaustivo, tutte le informazioni, scientificamente possibili riguardanti le terapie che intende praticare o l'intervento chirurgico che intende eseguire, con le relative modalità*”).

Tali informazioni devono essere il più esaurienti possibili onde garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, dunque, la sua stessa libertà personale in conformità all'art. 32, co. 2 della Carta Costituzionale.

In ordine alle modalità e ai caratteri del consenso, esso deve essere **personale** – cioè provenire dal paziente –, **specifico** – ossia riguardare ogni singolo trattamento –, **esplicito, reale ed effettivo, attuale** – cioè persistere al momento dell'inizio dell'intervento – e **consapevole** – cioè basato su informazioni dettagliate fornite dal medico. La giurisprudenza prevalente nega, infatti, che assuma rilievo il c.d. **consenso presunto**, ossia quello mancante ma che si ritiene sarebbe stato prestato se il paziente avesse potuto farlo (cfr. Cass. civ., 27 novembre 2012, n.20984). Non esiste, pertanto, un consenso tacito per *facta concludentia*.

L'informazione necessaria per il consenso “non può provenire che dal sanitario che deve prestare la sua attività professionale” (cfr. Cass. civ., 23 maggio 2001, n. 7027).

La responsabilità e i doveri del medico, inoltre, non riguardano solo l'attività propria e dell'eventuale equipe che a lui risponde, ma si estendono allo **stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui presta la sua attività**, traducendosi in un ulteriore dovere di informazione nei confronti del paziente (cfr. Cass. civ., sez. III, 16 maggio 2000, n. 6318).

Con specifico riguardo alla prova dell'intervenuto consenso da parte del paziente, la giurisprudenza ritiene che, il medico viene meno all'obbligo di fornire un valido e esaustivo consenso informato al paziente non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura cui dovrà sottoporsi, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ritenga di sottoporre al paziente – perché lo sottoscriva – un modulo del tutto generico, dal quale non sia possibile desumere con certezza che il paziente abbia ottenuto in modo esaustivo le suddette informazioni (cfr. Cass. civ., 8 ottobre 2008, n. 24791).

La regola generale del consenso informato, tuttavia, subisce due **deroghe**. La prima ha fonte costituzionale e riguarda il caso dei **trattamenti obbligatori o coattivi** (ad esempio le vaccinazioni o i trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori per i malati psichiatrici, così come disciplinati dalla l. n. 180/78, c.d. legge Basaglia). La seconda, invece, concerne l'ipotesi in cui il **paziente non sia in condizioni di prestare il proprio consenso**. L'impossibilità di prestare consenso, come ad esempio dopo un incidente d'auto e in stato di assenza di coscienza, consente un intervento salvavita, esonerando il medico dal richiedere un consenso, che non può materialmente essere fornito (contrariamente, il rifiuto di prestare consenso da parte di persona cosciente impedisce, anche in caso di pericolo di vita, un intervento medico invasivo).

Lo **stato di necessità**, collegato *in primis* alla attualità di un pericolo grave per la vita o l'integrità psico-fisica della persona, si realizza anche in correlazione alla valutazione attuale della necessità di eseguire particolari esami diagnostici e interventi utili e imprescindibili per il paziente. In questo senso si devono ritenere coperti dallo stato di

necessità quei trattamenti che, seppure non caratterizzati da un'emergenza clinica, sono destinati a diventare tali nell'immediato futuro del paziente.

La centralità del consenso informato ai fini della liceità del trattamento medico chirurgico e, per converso, la sempre maggiore puntualizzazione degli obblighi informativi gravanti sul medico, hanno portato giurisprudenza e dottrina più recenti a interrogarsi sui profili problematici inerenti sia la **natura della responsabilità connessa alla violazione degli obblighi di informativa in campo medico** che la ripartizione, in tali casi, dell'onere della prova; nonché ad analizzare le condizioni di sussistenza di detta responsabilità.

Appare opportuno, in tale sede, richiamare l'orientamento giurisprudenziale delle Sezioni Unite le quali, nel 2011, hanno affermato che *"i contratti di protezione che si concludono nel settore sanitario mirano a realizzare interessi che attengono alla sfera della salute in senso ampio e che l'inadempimento del debitore è suscettivo di ledere diritti inviolabili della persona cagionandogli un pregiudizio non patrimoniale"*.

Nello specifico, l'inadempimento del sanitario dell'obbligo del consenso informato costituisce **violazione del diritto inviolabile all'autodeterminazione**.

In particolare, il medico che sottopone il paziente a un trattamento chirurgico in assenza di consenso informato o diverso e ulteriore rispetto a quello per il quale era stato prestato, nel caso in cui l'intervento venga eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis* e si sia concluso con esito fausto, sarà tenuto comunque al risarcimento dei danni conseguenti patrimoniali, non patrimoniali e anche da perdita di chance, in solido con la struttura sanitaria ex art. 1218 c.c., qualora il paziente provi, anche mediante presunzioni semplici, che avrebbe rifiutato quel determinato intervento ove fosse stato adeguatamente informato.

La responsabilità del sanitario per violazione dell'obbligo del consenso informato discende: a) dalla condotta omissiva tenuta in relazione all'adempimento dell'obbligo di informazione in ordine alle prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente sia sottoposto; b) dal verificarsi – in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, e, quindi, in forza di un nesso di causalità con essa – di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente.

Ai fini della configurabilità di una responsabilità del medico per omessa o inesatta informazione, pertanto, è del tutto indifferente che il trattamento medico sia stato eseguito correttamente o meno, trattandosi, comunque, di un'esecuzione avvenuta in violazione dell'art. 32, co. 2, Cost., dell'art.13 Cost., e dell'art. 33, l. n. 833/78, con contestuale perdita del paziente del diritto inviolabile di accettare o rifiutare il trattamento quale manifestazione della sua libertà.

Ciò che rileva è che il paziente, a causa del deficit di informazione, non sia stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, consumandosi, nei suoi confronti, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza, fisica e psichica (cfr. Cass. civ., 27 novembre 2012, n. 20984; Cass. civ., 28 luglio 2011, n. 16543).

L'obbligo di informazione è, quindi, volto a tutelare direttamente l'autodeterminazione e la libertà del paziente; la sua violazione, anche nel caso in cui l'intervento chirurgico abbia avuto un esito fausto, nonostante l'assenza di un danno biologico, determina il risarcimento del danno sia per la privazione o la compromissione della libertà di autodeterminazione del paziente, la quale comporta quasi sempre una conseguenza pregiudizievole nella sfera dell'individuo, sia per l'eventuale ed ulteriore pregiudizio al completo stato di benessere fisico, mentale e sociale.

Per effetto della violazione del dovere di informazione, il paziente, inoltre, subisce una lesione della propria capacità di autodeterminazione relativamente alle facoltà di decidere se e quando sottoporsi all'intervento, nonché, in presenza di alternative

diagnostiche o terapeutiche, di rifiutare ovvero differire nel tempo la scelta della terapia da seguire.

L'informazione cui il medico è tenuto, in vista dell'espressione del consenso del paziente, determina, infatti, nel medesimo una sorta di condivisione della speranza del medico che tutto vada bene e che non si verifichi quanto di male potrebbe capitare perché inevitabile.

Trattasi di un aspetto dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente che fa sì che il paziente, avendo preventivamente accettato l'esito sgradevole, laddove questo si verifichi, avrà una minore propensione ad incolpare il medico, che non sarà tenuto a risarcire alcun danno in relazione ad un difetto di informazione, salva la configurabilità di una responsabilità per una colpa collegata all'esecuzione di una prestazione successiva per aver, per qualunque ragione, mal diagnosticato o mal suggerito o mal operato. Laddove, di contro, il paziente non sia stato informato verranno a realizzarsi manifestazioni di turbamento di intensità correlata alla gravità delle conseguenze verificatesi e non prospettate come possibili.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione si è espressa nel senso che "anche in caso di sola violazione del diritto all'autodeterminazione pur senza correlativa lesione del diritto alla salute ricollegabile a quella violazione per essere stato l'intervento terapeutico necessario e correttamente eseguito può sussistere uno spazio risarcitorio; mentre la risarcibilità del danno da lesione della salute che si verifichi per le non imprevedibili conseguenze dell'atto terapeutico necessario e correttamente eseguito *secundum legem artis* ma effettuato senza la preventiva informazione del paziente circa i suoi possibili effetti pregiudizievoli e dunque senza un consenso consapevolmente prestato, necessariamente presuppone l'accertamento che il paziente avrebbe rifiutato quel determinato intervento se fosse stato adeguatamente informato" (cfr. Cass. civ., 9 febbraio 2010, n. 2847).

Con riguardo, invece, all'elemento costitutivo del nesso di causalità, la Corte ha statuito che "per poter asserire la sussistenza del nesso causale tra lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente e lesione della salute per le pure incolpevoli conseguenze negative dell'intervento, deve potersi affermare che il paziente avrebbe rifiutato l'intervento ove fosse stato compiutamente informato giacché altrimenti la condotta positiva omessa da medico non avrebbe comunque evitato l'evento" (cfr. Cass. civ., 4 gennaio 2010, n. 13).

La responsabilità civile del medico, pertanto, presenta aspetti peculiari a seconda che la lesione concerna il diritto all'autodeterminazione o il diritto alla salute, stante la diversità sussistente tra i due diritti.

Deve precisarsi, tuttavia, che una responsabilità da lesione del diritto all'integrità psico-fisica potrebbe configurarsi, pur in presenza di un consenso consapevole, laddove la prestazione terapeutica venisse eseguita in violazione della diligenza tecnica richiesta e che, la lesione del diritto all'autodeterminazione, non comporta necessariamente la lesione del bene giuridico salute come accade quando, pur mancando il consenso, l'intervento terapeutico abbia esito positivo.

Nel primo caso il consenso prestato dal paziente è irrilevante, stante il collegamento causale tra la lesione della salute e la condotta colposa del medico nell'esecuzione della prestazione terapeutica inesattamente adempiuta dopo la diagnosi.

Nel secondo caso, invece, la mancanza del consenso può assumere rilievo a fini risarcitori, pur mancando una lesione della salute pur non essendo la stessa collegabile causalmente alla lesione di quel diritto, in tutti i casi in cui vi siano conseguenze pregiudizievoli derivanti dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in sé considerato.

Se la responsabilità per omessa informativa del medico si configura indipendentemente dalla valutazione della diligente esecuzione della prestazione medica e, addirittura, indipendentemente dall'esito peggiorativo dell'intervento praticato, deve porsi in risalto la conseguente problematicità del quantificare il risarcimento di tale omissione.

Tuttavia, non vi è ormai dubbio che la violazione del consenso informato costituisca fonte di autonoma pretesa risarcitoria (cfr. Cass. civ., 31 gennaio 2013, n. 2253) e che, a fronte dell'allegazione, da parte del paziente, dell'inadempimento dell'obbligo in informazione, è il medico gravato dall'onere della prova di aver adempiuto tale obbligazione – la responsabilità professionale del medico, infatti, ha natura contrattuale (cfr. Cass. civ., 9 febbraio 2010, n. 2847).



QUALI SONO OGGI LE PROSPETTIVE
CHE CONCORRONO A DARE SPERANZA NEL
FINE VITA



PUÒ IL FINE VITA ESSERE UN'ESPERIENZA DI COMPIMENTO DELLA VITA STESSA?

Mara Dorigo, Infermiere

Laureata in scienze infermieristiche ed ostetriche - aa 2005-2006

"la fisica della resilienza per la valutazione della dipendenza: un modello di misura della capacità per classificare il bisogno di assistenza"





**IL PARADIGMA
DELL'ACCOMPAGNAMENTO,
I SUOI PRESUPPOSTI ANTROPOLOGICI
E LA RESILIENZA**



**Comprendere i bisogni:
acquisizioni maturate nell'ascolto**

(E. Kubler-Ross, C. Saunders, Ch. Jomain, Ch. Garfield, M.de Henzel)

- La possibilità di «vivere» nella fase terminale dipende dalla possibilità di esprimere i propri reali sentimenti
- La «congiura del silenzio» è funzionale a chi assiste il malato terminale più che a chi è assistito
- Il problema della verità **non è contenibile** entro l'alternativa «dire» o «non dire». Compito di chi assiste è di lasciare il malato venire **alla sua verità**», con la preoccupazione prioritaria che questo processo **non avvenga nell'isolamento**



Comprendere i bisogni: acquisizioni maturate nell'ascolto

(E. Kubler-Ross, C. Saunders, Ch. Jomain, Ch. Garfield, M.de Henzel)

- Avvicinarsi in maniera personale al malato terminale permette in chi assiste una grande **maturazione**
- Una reale presenza di chi assiste riveste un ruolo decisivo per i bisogni spirituali del malato terminale: il **travaglio spirituale** ha bisogno di un testimone
- Quando il ragionamento logico è perturbato, permane una sorta di **coscienza affettiva**. Le parole diventano povere. È tempo di semplificare le cose: **il tempo della tenerezza affidata allo sguardo e al contatto fisico**



Qual è il valore simbolico che si attribuisce alla fase terminale dell'uomo

C. Viafora, 1999 (Coord. Progetto Etica e Medicina – Fondazione Lanza, PD)

Il malato terminale:

- ...si riduce ad un residuo materiale per cui non c'è più niente da fare: da abbreviare e narcotizzare quanto più possibile?
- ...è una **persona** capace fino all'ultimo, se inserita in una **relazione**, di fare della propria vita un'esperienza di «crescita» e di «compimento»?



Resilienza?

- **Ingegneria:** capacità dei materiali di assorbire ...
- **Informatica:** capacità di un sistema di adattarsi...
- **Ecologia e biologia:** capacità di una materia vivente di autoripararsi...
- **Psicologia:** capacità di far fronte...
- **Arte:** capacità dell'opera di conservare l'estetica...
- **Risk management:** capacità intrinseca del sistema di modificare il proprio funzionamento...
- **Infermieristica:** capacità di trasformare la sciagura in un'esperienza di crescita e andare avanti



Resilienza e Vulnerabilità: i due estremi di un continuum

Processo interattivo che nasce dalla combinazione di esperienze di rischio gravi con una riuscita psicologica relativamente positiva a dispetto di tali esperienze (Costantino & Camuffo, 2009).

«Essere resilienti non significa non avere cicatrici (*vulnus*), le cicatrici rimangono. Non si tratta di eliminare la sofferenza, quanto di integrarla con gli elementi-risorse che sono insiti in ogni persona».

(E. Malagutti)



Fattori di rischio e di protezione

- **Fattori di rischio:** tutte le condizioni esistenziali che possono causare una morbosità superiore
 - Situazione familiare compromessa
 - Fattori sociali e ambientali
 - Problemi di salute della persona e/o famiglia
 - Minacce vitali
- **Fattori di protezione:** hanno il compito di modificare la risposta di fronte alle avversità/situazioni di rischio che porta a ridurre l'impatto con queste e ad un adattamento positivo ed un mantenimento di sentimenti di autostima e di autoefficacia.



“RESILIENZA CONDIZIONATA” MODELLO CONCETTUALE

Assistito: persona, famiglia, gruppo o comunità

Salute: qualità di vita

Ambiente: sistema protesico

Assistenza infermieristica:

- **natura:** preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa
- **scopo:** concorrere ai risultati di salute dell'assistito aumentandone il grado di resilienza condizionata, ovvero migliorando le capacità dell'assistito nel prevenire, far fronte o superare eventi critici .
- **Focus assistenza:** presa in carico, assistenza e cura dell'assistito finalizzata a mantenere, rafforzare, recuperare, riattivare, riadattare le capacità cognitivo-funzionali e adattive dell'assistito che ne rafforzano l'autosufficienza, l'autonomia e la capacità di tenuta





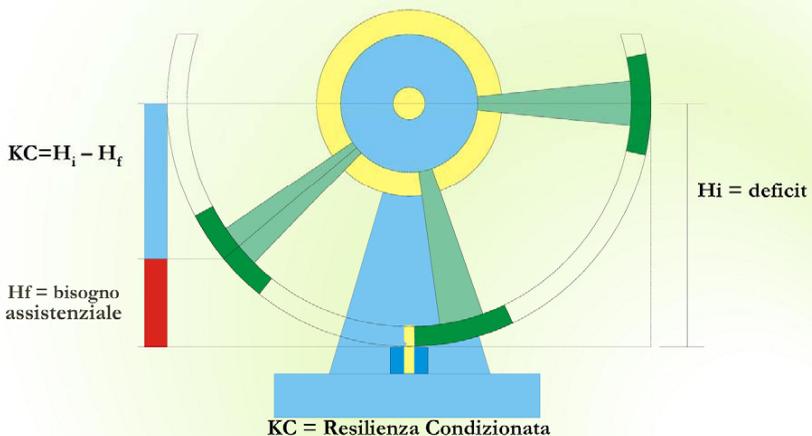
Quesito di ricerca

La resilienza e la fatica,
così come definito in fisica, sono
trasferibili nel nursing per...

determinare la capacità di risposta
dell'assistito alla sciagura, ovvero perdita di
salute e correlare tale capacità al bisogno
di assistenza?



Modellizzazione della «Resilienza condizionata» per il
calcolo della dipendenza assistenziale (M. Dorigo, 2005)



Concludendo

*Anche in assenza di una guarigione
o di un pieno recupero funzionale,
l'infermiere può agire
positivamente sul grado di
resilienza condizionata
sostenendo così la qualità di vita
della persona, famiglia e comunità.*

Grazie



**QUALI SONO OGGI LE
PROSPETTIVE
CHE CONCORRONO A DARE
SPERANZA NEL FINE VITA**

Marta Battaglia, Fisioterapista

Studente vincitrice 2° premio Filippo Gobbato

"Proposta di un progetto riabilitativo domiciliare in malati terminali in un contesto di cure palliative: efficacia nel miglioramento della qualità di vita del paziente, del dolore e dello stato d'ansia e di depressione."



LA RIABILITAZIONE NELLA TERMINALITÀ: UN OSSIMORO O UNA PROSPETTIVA POSSIBILE?





Associazione Culturale "Anima la Vita"
3° Premio Filippo Gobato



La Riabilitazione nella terminalità: un ossimoro o una prospettiva possibile?

Dott.ssa Battaglia Marta



RIABILITAZIONE COME PARTE INTEGRANTE DELLE CURE PALLIATIVE





TRATTAMENTO RIABILITATIVO

FASE DI MALATTIA →	BISOGNI RIABILITATIVI →	OBIETTIVI RIABILITATIVI
Stadio I	Riab. Preventiva	<rischio di disabilità
Stadio II	Riab. Ristorativa	>recupero (premorbidità)
Stadio III	Riab. Di Supporto	<complicazioni stato morboso
Stadio IV	Riab. Palliativa	QUALITÀ DI VITA



PERCHÉ LA RIABILITAZIONE IN CURE PALLIATIVE?

Cancer, 2001 Aug 15;92(4 Suppl):1039-48.

Rehabilitation of patients with advanced cancer.

Cheville A¹.

Europ J Med, 2001 Jul 15(4):279-88.

The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met.

Anderson LS¹, Ward C, Eardley A, Gamm SA, Connolly M, Coopinger T, Coraie D, Williams JL, Martin WP.





ALCUNI SINTOMI A FORTE IMPATTO SULLA FUNZIONALITÀ



DISCRASIA → QUESITI





QUESITI CLINICI E RIABILITATIVI:

OBIETTIVI UMANI ED ETICI PER QUEL PRECISO PAZIENTE?

OBIETTIVI RIFLETTONO I DESIDERI DEL PAZIENTE?

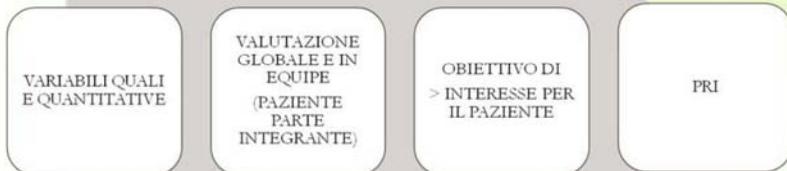


LA RIABILITAZIONE PALLIATIVA





PRI: PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO



PRI... UN APPROCCIO QUANTI -QUALITATIVO

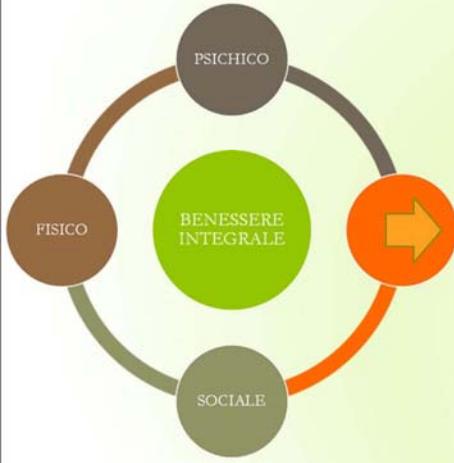
Integra la ricerca clinica presente in letteratura



Non garantisce la comprensione della complessità dei fenomeni in studio



CONCLUSIONI



QUALITÀ DI VITA



**QUALI SONO OGGI LE
PROSPETTIVE
CHE CONCORRONO A DARE
SPERANZA NEL FINE VITA**



Marco Ghirardi, Infermiere

Studente vincitore 2° premio Filippo Gobbato

*"Dimensione spirituale e significato esistenziale
nel paziente oncologico terminale."*

**ESISTE UNA RELAZIONE TRA
SIGNIFICATIVITÀ ESISTENZIALE E QUALITÀ DI VITA?**





Associazione Culturale "Anima la Vita"
3° Premio Filippo Gobato



Esiste una relazione tra
significatività esistenziale e qualità di vita?

Marco Ghirardi - Infermiere



SIGNIFICATIVITÀ ESISTENZIALE in letteratura...

“il collocare gli eventi della propria vita in un contesto di dimensioni maggiori”

Thompson, S.C. Jenigian, A.S. Life schemes: a framework for understanding the search for meaning (1988)

“il ripristino dell’ordine, della coerenza e dello scopo dell’esistenza di una persona per la ricerca e il raggiungimento di validi obiettivi che generino un senso di soddisfazione personale”

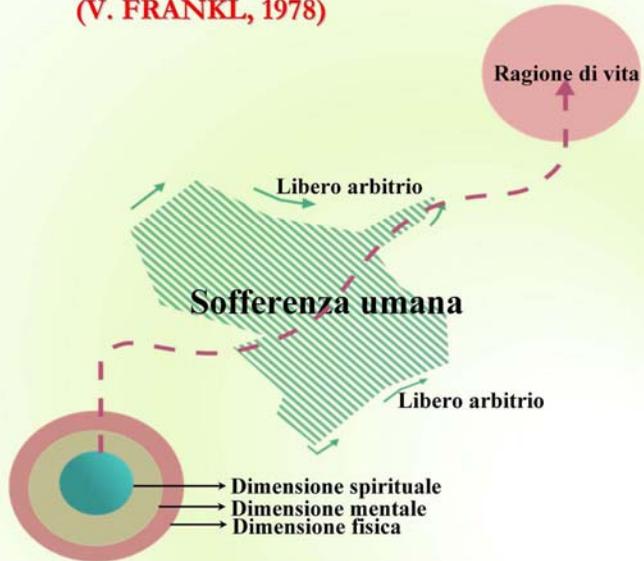
Recker, G. Wong, P. Aging as an individual process: toward a theory of personal meaning (1988)

“il significato ultimo consiste nella ricerca globale ed esaustiva di comprendere la vita in generale, il proprio ruolo nell’universo e la ragione di vivere”

Ferran, C.J. Keane-Hagerty, E. & al. Finding meaning (1991)



LA TEORIA DEL SIGNIFICATO (V. FRANKL, 1978)



Frankl, V. *Alla ricerca di un significato nella vita* (1984)



RICERCA DI SIGNIFICATO E CONSAPEVOLEZZA

Consapevolezza: capacità di integrare dentro di sé le informazioni ricevute, interiorizzandole come parte di sé.





RICERCA DI SIGNIFICATO E CONSAPEVOLEZZA

Evitamento e/o negazione impediscono la consapevolezza ma possono essere funzionali al benessere emotivo del paziente.

A volte, la consapevolezza totale di malattia è associata ad un difficile o impossibile processo di adattamento.

...in altri casi risulta evidente che la consapevolezza della propria condizione agevola l'adattamento ad essa poiché permette di avere la sensazione di esercitare un controllo sulla propria vita.



ELEMENTI PECULIARI DI SIGNIFICATIVITÀ

in fase precoce di malattia

**TEMPO
LIBERO**

“mi mancano ancora tante cose belle da vedere nel mondo”

“io sono una ballerina, come farò a vivere senza la danza?”

FINANZE

“provvedere al mantenimento economico della mia famiglia”

LAVORO

“mantenere i progetti lavorativi che ho in corso per non pensare alla situazione”



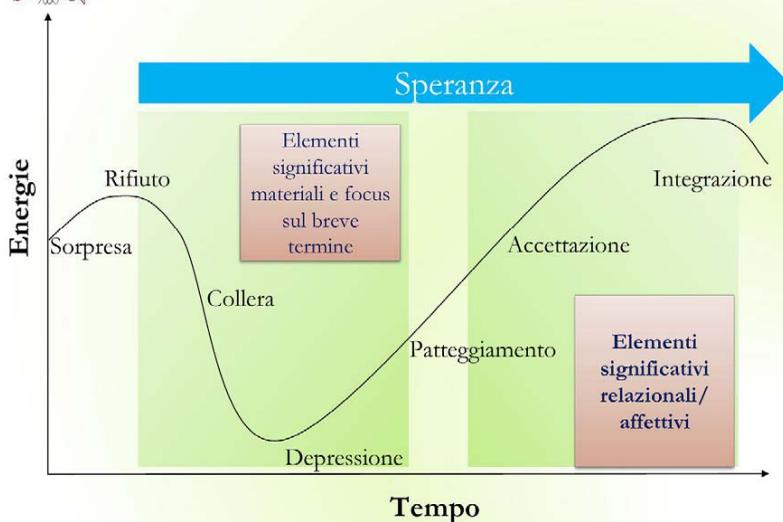
ELEMENTI PECULIARI DI SIGNIFICATIVITÀ

in fase terminale di malattia



LE FASI DI UNA MALATTIA INGUARIBILE

secondo E. Kübler Ross





LA QUALITÀ DI VITA

definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

“la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vivono ed in rapporto ai loro obiettivi, aspettative, tenore di vita ed interessi”

ha senso investire tempo e risorse per valorizzare gli ambiti significativi di un paziente in fase terminale di malattia?



Come valutare la qualità di vita?

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM

Si prega di indicare il numero che meglio descrive:

Dolore	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior dolore possibile
Stanchezza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior stanchezza possibile
Nausea	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior nausea possibile
Depressione	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior depressione possibile
Ansia	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior inappetenza possibile
Malessere	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggior malessere possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggior difficoltà a respirare possibile
Altro	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile



**...valorizzare gli ambiti significativi nel fine vita
equivale a...**

...personalizzare il suo percorso di cura

***...fargli raggiungere obiettivi per lui importanti
nel tempo che gli rimane***

...rinforzare l'unità che l'individuo ha con sé stesso

...mobilizzare le sue risorse residue

...renderlo protagonista della propria esistenza...

Grazie per l'attenzione

Premiazioni “3° Premio Filippo Gobbato 2017” PARTE III

(Alessandro Biz, Giornalista e scrittore, direttore del periodico “Il Piave”, moderatore delle Premiazioni “3° Premio Filippo Gobbato 2017” e membro della Giuria con Aldo Santucci, poeta e scrittore e Lodovico Pradella, storico)





Carolina Sala, “Segnalazione di merito”. Premiano la Presidente dell’Ass.ne AniMA la Vita e Lodovico Pradella.

Motivazione: La musicalità e la fluidità dei versi rendono questa poesia un’alta e nobile espressione del concetto del dolore umano nella malattia raccontata con delicatezza, competenza e sapienza poetica.

Prima di iniziare il tuo giorno

Ti vedo
come sabbia che lenta
scivola dalle mie mani.
Vorrei dirti tante cose
e in realtà non so mai cosa fare.

Così poco tempo per ricordarti quanto ti ami,
così poco tempo...
e in realtà, sai, non so mai cosa fare.

Ma so scrivere.
E scrivo
pensieri che non so se riuscirai mai a leggere.
Starti vicino
è la cosa migliore che io possa fare.

Ma cosa vuol dire starti vicino?
Non è stringere troppo il tuo corpo leggero
né osservarti da lontano
piangendo in silenzio.

E’ volare con te
con il pensiero
con te.



Paola Lorenzet, “Segnalazione di merito”. Premiano la Presidente dell’Ass.ne AniMA la Vita e Aldo Santucci.

Motivazione: Parole profonde e sincere raccontate da parte di un amico. Parole di incoraggiamento che appaiono un valore immenso per chi vive il dolore e la malattia.

Caro amico

Caro amico...ti conosco da quando hai varcato quella soglia.

Ti ho visto triste e sconcolato perché varcarla significa essere malato.

Ma io ti accolgo, prendo la tua mano, la porto al cuore...

Non servono tante parole, uno sguardo soltanto e già comprendo il tuo dolore.

Ma sono qui e con te ho deciso di lottare.

Stringi pure la mia mano, sono lì sempre con te.

Adesso ascolta, aiutami a lottare con te: assumi i farmaci, sono lì con te.

Allevio il tuo dolore se sei capace di ascoltare.

Appoggiami a me, senti pure il mio cuore, fallo pure tuo, non ti preoccupare.

Ho scelto di essere un aiuto per te.

Vedrai che adesso, anche con il mio cuore sarai più forte.

Sei pronto per lottare: comincia adesso.

Se vorrai ti darò la forza di lottare.

Nel dolore, nella gioia, nella tristezza in ogni momento che vorrai condividere con me, ci sarò ed insieme raggiungeremo più forti il traguardo.



Anna Giubilato e Giorgia Padoan,
vincitrici Premio Giuria intitolato a
“Lia Raccanelli”. Premiano la
Presidente dell’Ass.ne AniMA la Vita,
Aldo Santucci e Lodovico
Pradella.

Motivazione: Altissima espressione di autentica poesia che ci rende partecipi di un immaginario viaggio in un momento, quello del trapasso, in cui gli uomini si sono sempre posti grandi interrogativi. Un passaggio sapientemente musicato che sembra farci dimenticare la paura della morte e ci porta con apparenze dolcezza nell’aldilà.

Quiete

Gli occhi miei dal cupo cielo

si tuffano giù dentro il mare

che incalza, incombe, inonda

e prende sembianze d’oblio.

“Ascolta il mio cuore che batte,

non senti? Vive!”

Nessuna risposta. Così l’animo si tuffa

sereno in un luogo mai conosciuto

e davanti mi appare disteso

un lungo e piano orizzonte.

È allora che insegna il modo più dolce

per varcare l’ultima porta

infinito mare.



Iris Baseotto, 3° classificata al “3° Premio Filippo Gobbato 2017”. Premiano la Presidente dell’Ass.ne AniMA la Vita e Franco Gobbato.

Motivazione: Lo struggente dolore di una madre e la speranza per la sorte del suo bambino non hanno potuto lasciare indifferenti, noi componenti della giuria, premiando questa poesia per l’unicità della tematica.

Dedica di una madre

Ti guardo mentre dormi, ti guardo con gli occhi dolci di una madre
che guarda il proprio figlio.
Mi avvicino e ti faccio una carezza,
temendo sempre che sia l’ultima.
Io voglio averti qui a casa,
voglio che dorma nella tua cameretta, colorata.
Voglio che tu viva con serenità la tua dolce vita.
Ti porterò nei luoghi che ti piacciono tanto, per giocare
insieme ad altri bambini.
Qualsiasi cosa tu voglia fare, chiedi.
Qualsiasi cosa desideri, te la darò.
Qualsiasi sogno tieni nel cassetto, lo realizzerò,
se sarà possibile.
Non temere, non aver paura di chiedere.
Ma che dico? Forse sono proprio io ad avere paura,
paura di perderti da un momento all’altro.
Ma io non devo temere, anzi, devo avere la forza di sostenerti,
di aiutarti.
Ora però sono io che ti chiedo, ti chiedo scusa
se non sono forte come dovrei essere;
ti chiedo scusa per quelle volte in cui piango mentre dormi.
Perdonami, cercherò di essere più forte che mai per te,
e quelle volte in cui mi sentirò cedere,
mi basterà guardare i tuoi occhi
dolci e spensierati e ingenui di chi non sa.
E sarà proprio in quell’istante che troverò la forza
di andare avanti e di accompagnarti
in questo ultimo breve cammino di vita che ti resta.



Marianna Berna, 2° classificata al “3° Premio Filippo Gobbato 2017”.
Premiano la Presidente dell’Ass.ne AniMA la Vita e Ferdinando Gobbato.

Motivazione: La metafora, sapientemente utilizzata fa da cardine a questo componimento poetico, che esprime profondi concetti e fa riflettere sulle emozioni umane che si vivono nel difficile momento della malattia.

In pausa

Il tempo passa,

ma il mondo resta fermo,

per noi.

La vita sembra

un labirinto.

Il futuro,

una porta

senza chiave.

Ti stringo la mano,

ti dono il mio cuore,

per sempre.



Stefania Piovesan, vincitrice del Concorso “3° Premio Filippo Gobbato 2017”.
Premiano i genitori di Filippo Gobbato.

Motivazione: Un’opera che interpreta al meglio il concetto di poesia. Esprimendo in pochi versi emozioni e sentimenti, facendo ritrovare anche nel buio più fitto un lume di positività.

Speranza

Sottochiave,
nello scrigno del mio cuore,
ho nascosto un seme.
Esso non ha acqua,
né terra,
né sole.
Eppure germoglia.

Le altre poesie partecipanti



De Nes Virginia

Speranza nella malattia terminale.

La vita è quasi scontata. Viviamo tutti i giorni, ma viviamo veramente?

Questa è una delle domande che spesso mi pongo, e mi sono posta, nel corso della mia esperienza. Proprio quelle persone che assisto si domandano quale sia il senso di tutto questo.

“Perché è capitato a me? Cosa mi accadrà? Cosa proverò quando andrò incontro al mio destino?”

Sono domande a cui faccio molta fatica rispondere, per le quali non esiste una risposta univoca e razionale.

Fare leva sulla Speranza che queste persone ancora nutrono, quella luce che ancora non si spegne, è l'unico modo per permettere loro di continuare a vivere, in quella maniera semplice, senza farsi distruggere del tutto dalla malattia, dove trovare un punto essenziale di forza, un legame inesorabile e indissolubile con la vita.

Non fuggire la vita, ma abbandonare se stessi e l'idea della morte, rafforzare i vincoli con qualsiasi cosa possa per loro essere più cara: la famiglia, gli amici, l'anima.

Creare un legame con Dio. Raggiungere un senso di pace e di serenità interiore, un istante in cui anche il dolore viene dimenticato e messo da parte.

Il mio compito è far ritrovare loro la Speranza, la voglia convinta e consapevole di vita, la voglia di vita non nostalgica. La consapevolezza di poter vivere ancora dopo il dolore, perché la morte non è l'ultima parola, perché l'Amore è più forte.

Amore e accoglienza sono le parole chiave.

Compassione e pena sono parole e sentimenti che portano angoscia negli ultimi giorni di vita di una persona.

Io come persona, e io come infermiere, ti sarò accanto nel dolore, cercando di alleviare le tue sofferenze e di dare dignità alle tue precarietà. Sarò pronta all'ascolto dei tuoi rimpianti e delle tue gioie.

Sarò la tua compagna di viaggio verso una vita superiore, fatta di serenità e priva di alcun dolore, sempre con il sorriso come arma e farmaco contro le tue sofferenze.

Voglio esserti vicino tutti i giorni, e non perché questo è un mio compito, ma perché, oltre che con la mia mente, voglio esserci con il cuore, sempre, fino alla fine, per te.

Ci sarò quando finalmente incontrerai la Pace, assicurandoti la dignità che meriti.

Non disperare, io ci sarò, Lui ci sarà e ti aspetterà e lo farà per sempre.

in foto lo studente Medusa Giulio
che ritira per Orrù Tommaso



L'alba

Quando la notte, col buio che
rende i pensieri grevi e irreali,
ti senti in sconforto.

Ricorda!

L'alba, come sempre arriva
portando una luce che riveste di
nuova speranza le cose, riporta
la forza di vivere
assieme al sorriso dei Cari.



Hassani Sophia

"Il tramonto"

La vita ha una sola certezza, la morte.

Come il giorno ha la notte.

E aspettando la mia notte ,

lo e te,

Ammiriamo il tramonto,

Che alla fine porta il mio conto.

Ma il mio sole brillerà comunque

Nel ricordo di chiunque.

O sole mio a queste persone riscalda il cuore

Come solo sa fare l'amore,

O sole mio vivi per me,

Come se fossi in me.



Mummolo Giandomenico

La luce della speranza

Sembra che tutto quello che mi circonda
sia come una notte buia e senza luna;
i pensieri mi consumano,
ma solo uno fra tutti mi sovrasta:
“sono solo!”

È una paura che non passa mai.

Ma ad un tratto, dopo lo shock iniziale,
due voci familiari giungono alle mie orecchie:
l'infermiere e il medico.

Essi solamente comprendono la mia situazione,
mi rassicurano, mi incoraggiano, mi motivano!

Grazie a loro comprendo che non sarò solo
e che ho ancora possibilità di scegliere,
la malattia non mi comanda, sono io che posso scegliere!!

Potrò avere una vita più normale, come tutti,
avrò un rapporto felice e sereno con la mia famiglia.

Il loro supporto in me scaturlisce
una forza interiore
che mi incita a seguirli,
a credere in me,
ad avere fiducia in loro.

Quando esco dallo studio
capisco che, oltre a curarmi,
stanno risvegliando in me:

La Speranza!



Signor Alissa

Di': "spero, non dispero"

Un dì lo seppi e al cielo chiesi perché proprio io
Però una risposta non me la diede neppure Dio
Prima aggressivo imprecavo contro il destino
Poi sottomesso e silenzioso pensavo al declino
Della vita mi chiesi il valore e il significato
Non ci pensai mai prima d'esser ammalato
Capii che non potevo cambiare la situazione
Di conseguenza mutai la mia visione
Perciò io non mi rassegnò
Di viver sono ancora degno
Da tutti ho un sostegno
E di speranza sono pregno
La malattia non sdegnò
Ma la supero con impegno
Miracoli non chiedo
Non consolarmi, con le lacrime non vedo
Forse avrò poco tempo come un fiore reciso
Ma lotterò sempre per vedere un altro sorriso
Sono minuti persi, ore sprecate, giornate vane
Se ti soffermi a pensare al tempo che ti rimane
Non vivere è più spaventoso di morire
Spera ancora, il tuo respiro lo riesco a sentire
La speranza: c'è chi dice che falsifica la verità, è ingannevole
Invece è la morfina della vita e la rende piacevole
La felicità non viene rapita
Anche se in gioco c'è la vita
Anzi riscopri una forza di volontà inaridita
Con lei conquista ogni giorno, batti il parassita
Ricordo che ignorare quando il tempo sta per scadere
È un lusso che tutti si concedono senza sapere
Che ciò crea l'impedimento
Di viver davvero il momento
Quindi un bicchiere d'acqua bevon tranquillamente
Ma non l'assaporano fino in fondo totalmente.



Scangiuzzi Alessandro

Memoria

Non c'è sofferenza nella morte,
ma l'attesa può distruggere.
Posso solo ipotizzare i pensieri
che frullino nella testa di un malato terminale.
Potrei ipotizzare che sia concentrato solo su se stesso.
Posso ipotizzare che ripensi continuamente alla sua vita,
a ciò che ha fatto e cosa no,
a ciò che è stato e a ciò che non ha potuto essere.
Nessuno di questi pensieri però sarà finalizzato al futuro
poiché è difficile affrontare ciò che verrà
quando ogni tuo giorno potrebbe essere l'ultimo.
Mi piace però credere che non pensi a se stesso.
Mi piace pensare che guardi i suoi cari e pensi continuamente a loro,
mi piace pensare che guardi al futuro di chi gli sta intorno
e se lo immagini luminoso e sereno
Quindi io scelgo di avere fiducia.
Fiducia che chi è più vicino al riposo della morte,
riponga tutte le sue speranze e i suoi sogni
su chi resta ad affrontare la vita.



Ivan Tiziana

La vita non ha fine

Sei lì,
inerme,
piegato nel fisico
e nell'anima.
Un alito di speranza
avvolge le tue membra.
Sorgente di vita,
solleva il tuo dolore
Sorgente di Amore
e di pace.

Fede

Ti trovi in balia del Tempo.
L'anima è trascinata, spezzata,
sottomessa dagli eventi.
Arriva una Bufera.
Ti porta in alto leggera,
volteggi nell'aria
e dolcemente
plani in una culla,
un soffio di vento amorevole
e sei in una nuova Vita!

Luce nell'oscurità

E' buio.
I contorni si stringono,
ti opprimono,
non vedi vie di fuga.
All'improvviso un bagliore,
le tenebre si squarciano.....
E' luce, è Vita,
finalmente calore e tanto Amore.



Collodel Laura

Spera

Spera: il sole scalda, il vento soffia
Spera: c'è un pallone da calciare, un clown di cui ridere
Spera: c'è un nuovo gioco da imparare, un luogo da esplorare
Spera: c'è una telefonata per te, alla porta qualcuno ti vuole
Spera: c'è un sogno da realizzare, un amico con cui condividere
Spera: c'è tanta strada da percorrere
Spera: c'è un cuore pieno d'amore per te
Spera: c'è il tempo per migliorare
Spera: c'è un sorriso da ricevere e uno da regalare
Spera: c'è una vita da vivere
Spera: io spererò con te!
La vita è meravigliosa: amala, sperala, vivila!

Il prossimo convegno.....

Associazione Culturale



“4° Premio Filippo Gobbato 2019”

Tema: “*IL SENSO DELLA VITA...*”.

Modalità: arte raffigurativa (foto o video o disegno o ...)

Target: scuola secondaria superiore (4° e 5°) e corsi di laurea (ulss 2?)

www.filippogobbato.it

