

La buona morte: ruolo delle cure palliative nell'accompagnamento di fine vita

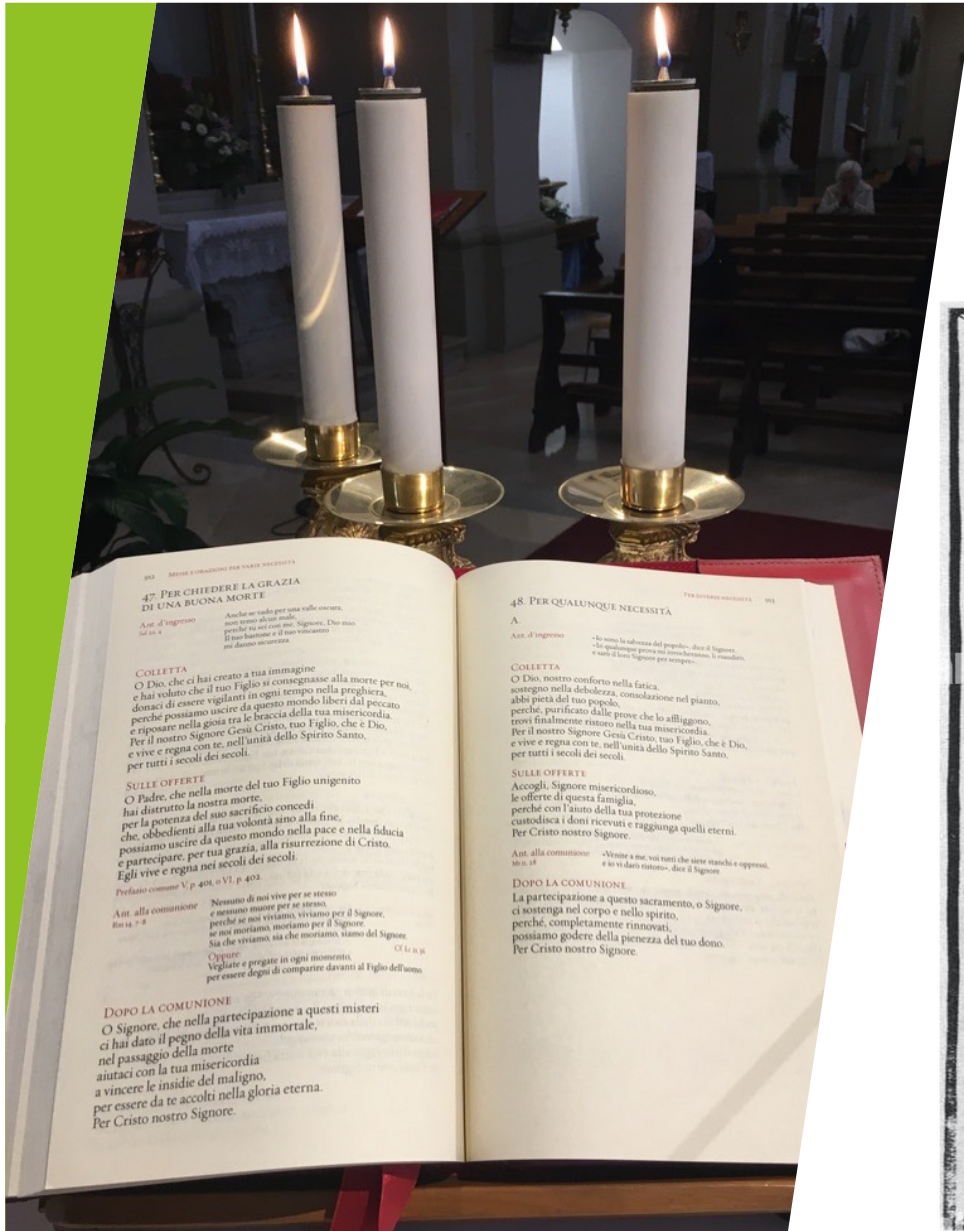
Incontro online - CIF Nazionale
giovedì 4 maggio 2023

Giovanni Del Missier - Pontificia Accademia Alfonsiana

La buona morte...
ma cosa
intendiamo?



Buona morte *Eu-thanatos*



MICHELA MURGIA ACCABADORA



Buona morte *Eu-thanatos*

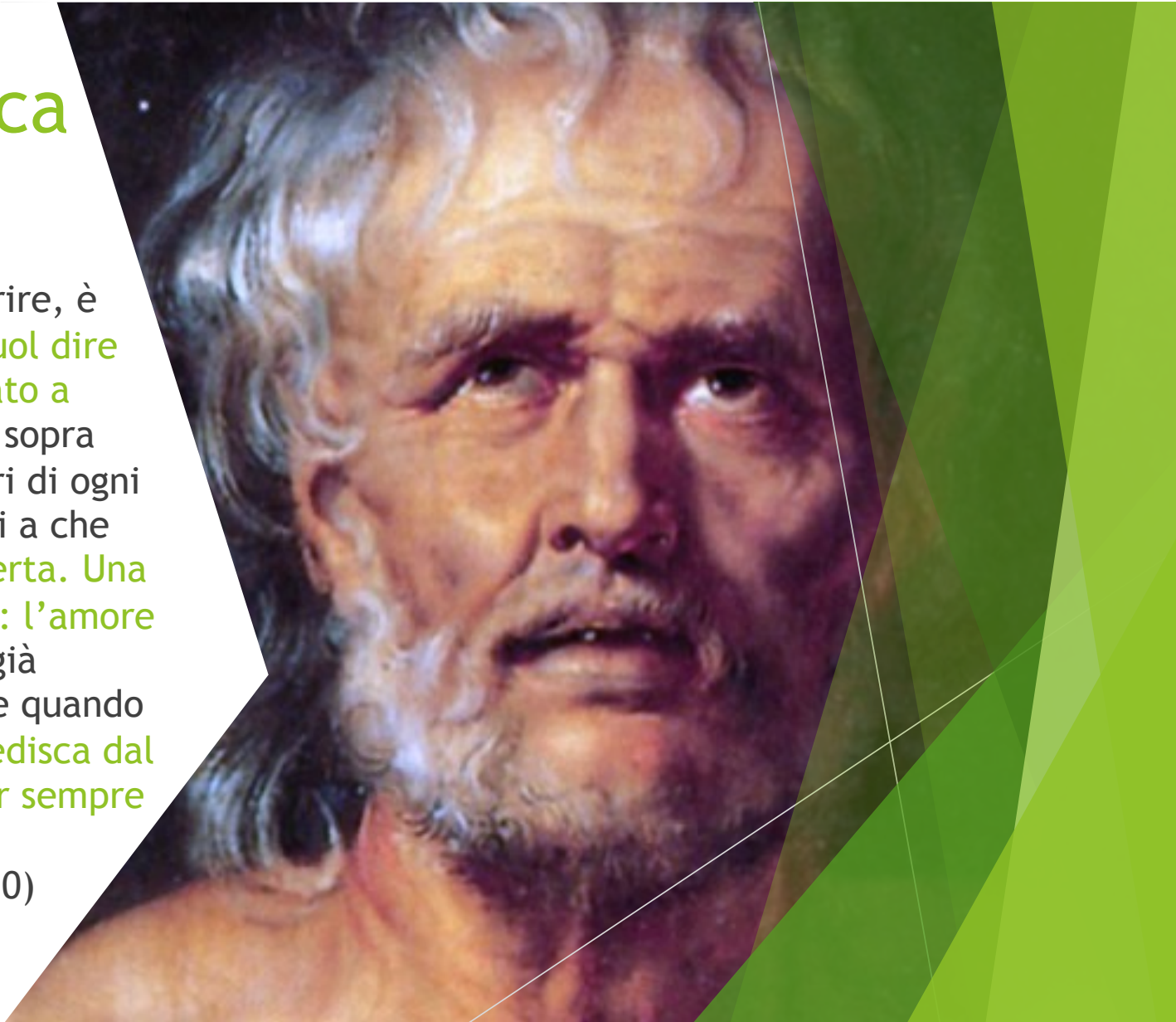
Eutanasia: bella morte (*eu*; *thànatos*). Originariamente indicava la bella morte che compete all'uomo saggio nell'ambito della filosofia stoica. Oggi per eutanasia intendiamo la morte cercata o data per evitare un qualche dolore.

Ha una lunga storia e una vasta diffusione nelle diverse culture umane: per motivi sociali ed economici (come il suicidio degli anziani fra gli Eschimesi o la soppressione dei neonati deformi presso molti gruppi umani); motivi umanitari, che porterebbero ad affrettare la morte dei malati inguaribili o gravemente sofferenti (come raccomanda Platone nella *Repubblica* o Thomas More in *Utopia*); motivi ideali, come il suicidio per fuggire un grave disonore esaltato da molti filosofi antichi e anche nei libri biblici.

Lucio Anneo Seneca (4 a.C.-65 d.C.)

«La vita, se manca la virtù del morire, è una servitù. Pensare alla morte, vuol dire pensare alla libertà. Chi ha imparato a morire ha disimparato a servire; è sopra ogni potere, ma è certamente fuori di ogni potere. Carceri, custodi, catenacci a che valgono? C'è sempre una porta aperta. Una sola è la catena che ci tiene legati: l'amore per la vita. Questo bisognerà non già annullare, ma ridurre, in modo che quando venga la necessità esso non c'impedisca dal fare subito quello che dovremo pur sempre fare».

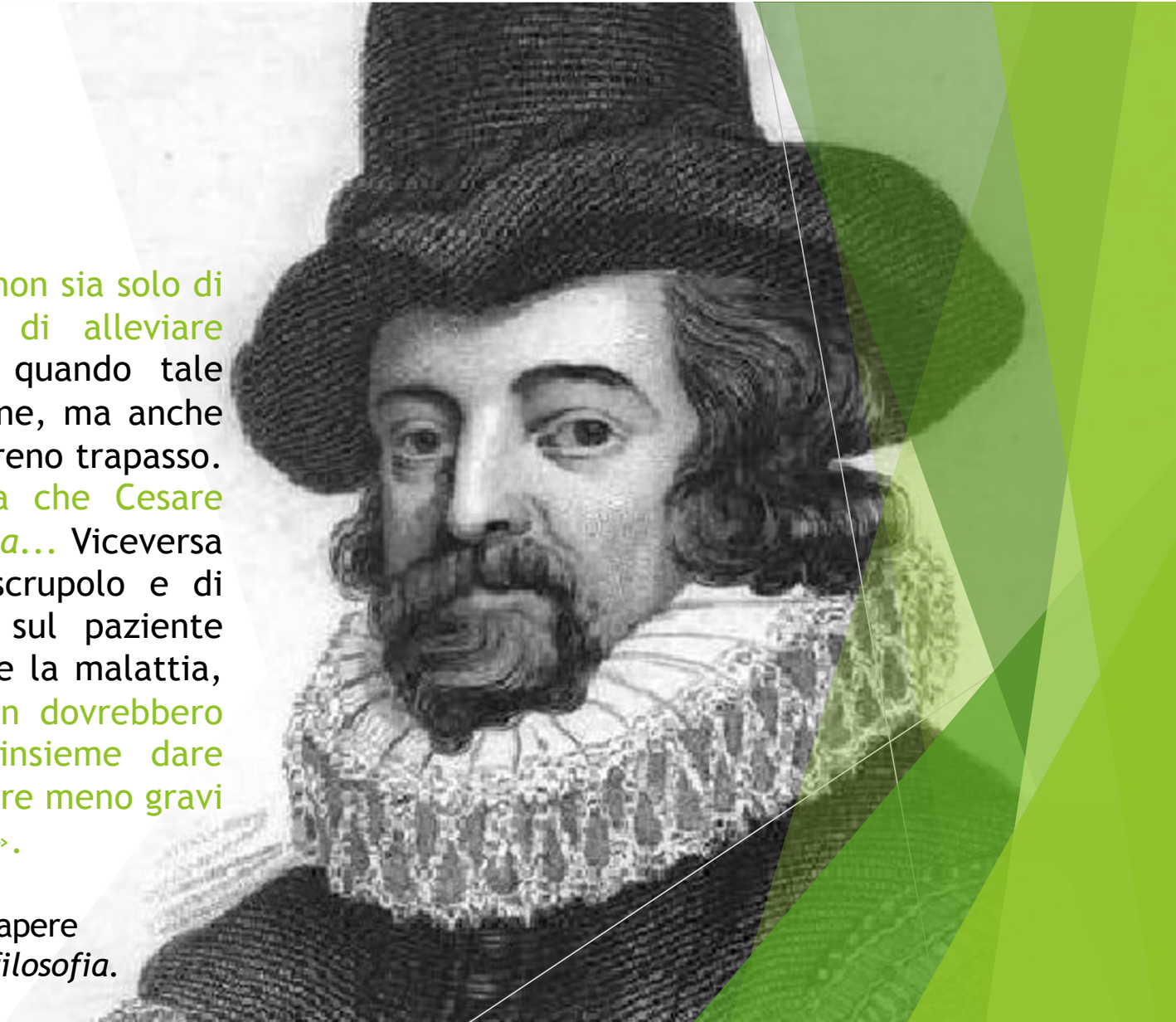
(*Epistula*, 26,10)



Sir Francis Bacon (1561-1626)

«lo ritengo che dovere del medico non sia solo di restituire la salute, ma anche di alleviare sofferenze e dolori e non solo quando tale sollievo può condurre alla guarigione, ma anche quando può servire a un felice e sereno trapasso. Che non è piccola felicità quella che Cesare Augusto soleva augurarsi, *l'eutanasia*... Viceversa i medici si fanno una sorta di scrupolo e di religione di non intervenire più sul paziente quando hanno dichiarato inguaribile la malattia, mentre a mio modo di vedere non dovrebbero escludere nessuna possibilità e insieme dare l'assistenza atta a facilitare e rendere meno gravi le sofferenze e l'agonia della morte».

«La dignità del progresso del sapere divino e umano», in *Scritti di filosofia*.



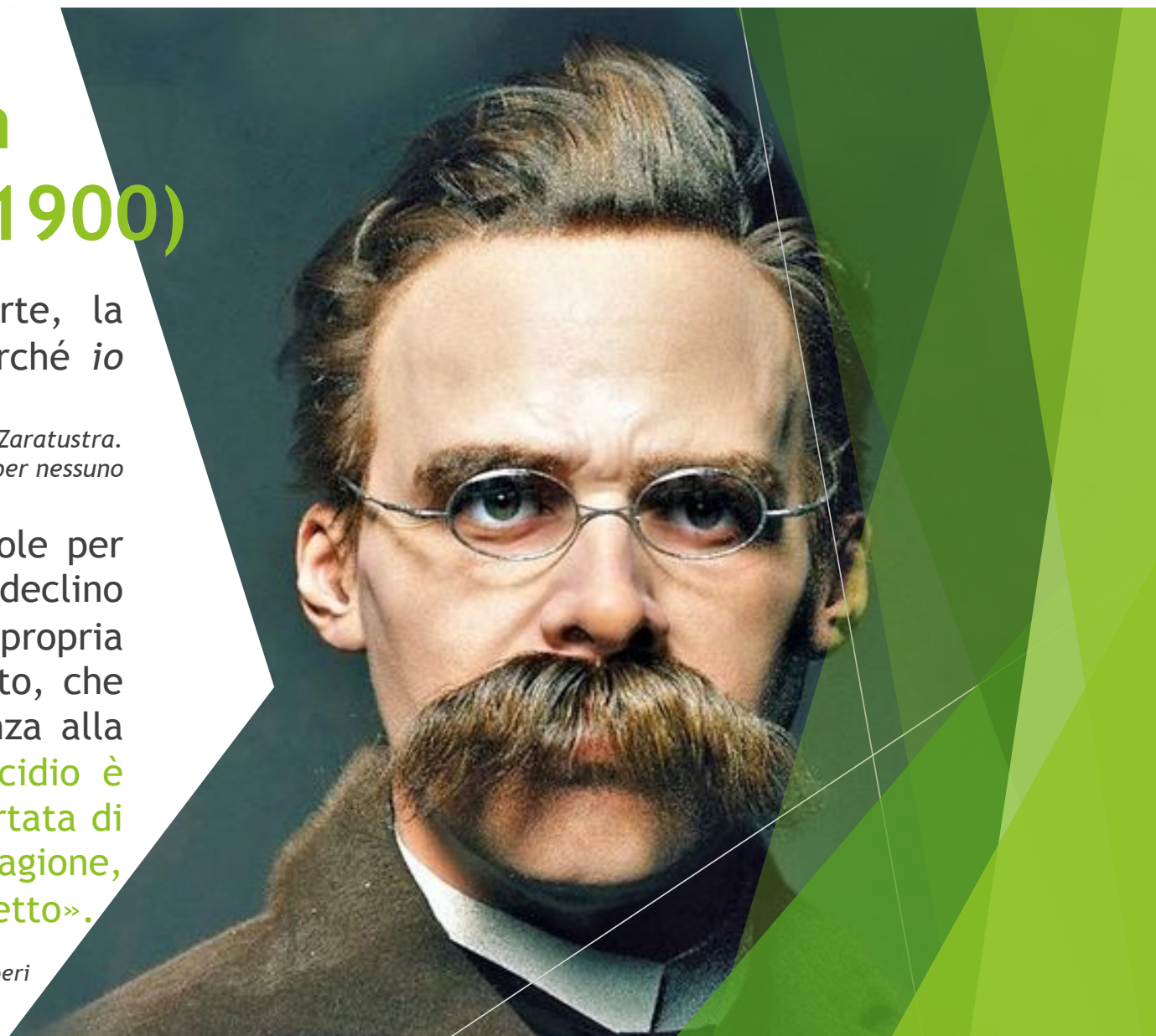
Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900)

«Vi faccio l'elogio della mia morte, la libera morte, che viene a me, perché io voglio».

*Così parlò Zarathustra.
Un libro per tutti e per nessuno*

«Perché dovrebbe essere più lodevole per un uomo invecchiato, che sente il declino delle proprie forze, attendere la propria lenta consumazione e il disfacimento, che non porre termine in piena coscienza alla propria vita? In questo caso il suicidio è un'azione del tutto naturale e a portata di mano che, come vittoria della ragione, dovrebbe giustamente suscitare rispetto».

Umano troppo umano. Un libro per spiriti liberi



Mentalità eutanasiaca

La cultura secolarizzata, che esalta gli aspetti edonistici ed utilitaristici dell'esistenza, ha diffuso un senso crescente di angoscia per il dolore e la morte, insieme a una ripulsa per le espressioni fragili e decadenti dell'esistenza.

Eminenti scienziati, fra i quali il premio Nobel J. Monod, hanno firmato nel luglio 1974 un *Manifesto sull'eutanasia* nel quale si dice che «è immorale accettare o imporre la sofferenza», facendo così dell'eutanasia non solo un diritto civile, ma addirittura un dovere morale.

Per molti il concetto di eutanasia coincide con quello di dignità della morte o di umanizzazione del dolore e della morte. Abbiamo assistito in questi ultimi decenni allo sviluppo di movimenti di opinione a favore dell'eutanasia sull'onda di casi clamorosi enfatizzati dai media per i quali tutto diventa gesto pietoso e in qualche modo giustificabile...



Mentalità eutanasica

«Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati»

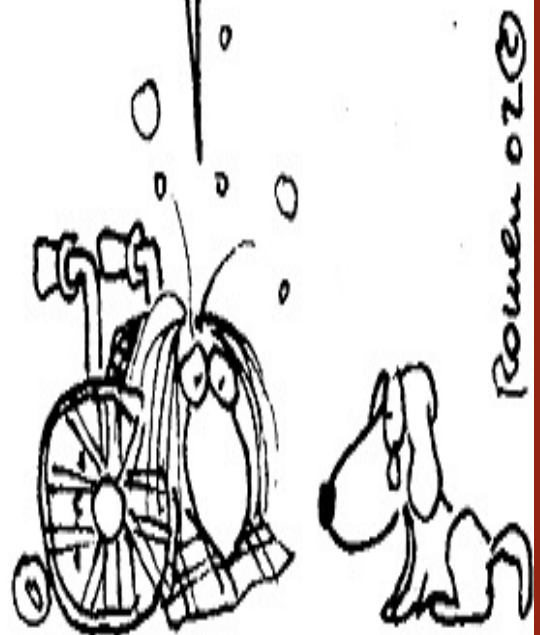
(Evangelium vitae, n.65).

Bisogna riconoscere che spesso il **profondo scarto fra tecnologia e umanizzazione della medicina** insinua nell'opinione pubblica il timore dell'accanimento terapeutico e di una sopravvivenza assurda e indegna.

Inoltre, la richiesta della morte da parte del malato, dell'anziano, del disabile può essere **un appello per essere liberato dal dolore, dal non-senso, dalla paralisi relazionale oppure è sintomo di uno stato depressivo**, frequente nel caso di un morente abbandonato e minato nel suo equilibrio psichico.



CUANDO LA VIDA ES MUERTE, LA MUERTE ES VIDA Y MI VIDA ES MI PROPIEDAD PRIVADA. EUTANASIA PLEASE.



Slippery slope ed eutanasia

“Voluntas aegroti suprema lex”



Direttive anticipate
Suicidio assistito

Eutanasia del
consenziente

Eutanasia come prassi
di beneficenza medica

“Liberazione dalla sofferenza”



Mentalità eutanاسica

Accade che il malato venga espropriato della sua morte diventata possesso esclusivo dei medici. Nel contesto della morte medicalizzata il malato non riesce a vivere il morire come fase della propria esistenza e, in preda all'angoscia, demanda ogni responsabilità decisionale al medico il quale spesso decide in termini utilitaristici: costi, benefici, valore sociale del soggetto...

Il malato va accompagnato nell'itinerario che lo conduce dal rifiuto alla accettazione della morte e deve essere aiutato a riappropriarsi del suo destino, accogliendo con maturità la drammatica esperienza del limite.

Umanizzare il
morire...
ma come?



Di fronte alla propria morte

Il dolore e la morte mettono in crisi la pretesa narcisistica dell'uomo moderno di poter controllare e programmare tutta la sua vita attraverso la scienza e la tecnologia. La morte estingue l'esistenza terrena e svela la radicale fragilità di cui è impastata la esistenza umana, ponendoci di fronte ad una tragica ed ineluttabile esperienza di fallimento e di non-senso.

Davanti alla morte l'enigma della condizione umana diventa **sommo**: essa viene percepita come l'annientamento della persona e la perdita definitiva della possibilità di relazioni umane.

Questa disperata convinzione si traduce concretamente nella **paralisi relazionale** che si instaura intorno al morente e alla sua famiglia, vera e propria anticipazione della morte fisica.

La rimozione dell'idea della morte rende i familiari, gli amici e gli operatori sanitari **incapaci di accompagnare il morente**, per aiutarlo a vivere bene l'ultimo atto della sua esistenza.

Cicely Saunders (1918-2005)



Cicely Saunders (1918-2005)



Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004)





Marie de Hennezel (1946-)



MARIE DE HENNEZEL

MORIRE A OCCHI APERTI

L'instanza è il solo modo per morire dignitosamente?
Decidere di morire è un atto di coraggio?
Significa prendere in mano il nostro destino?
C'è un'altra risposta possibile a questo desiderio
di essere protagonisti di una morte dignitosa.
Affidare il proprio corpo stesso nelle mani di chi ci ama,
vivere questo scambio difficilmente esprimibile
in cui la vulnerabilità estrema richiama la tenerezza dei genitori,
in cui la fiducia reciproca genera
un sentimento di dignità incommensurabile.



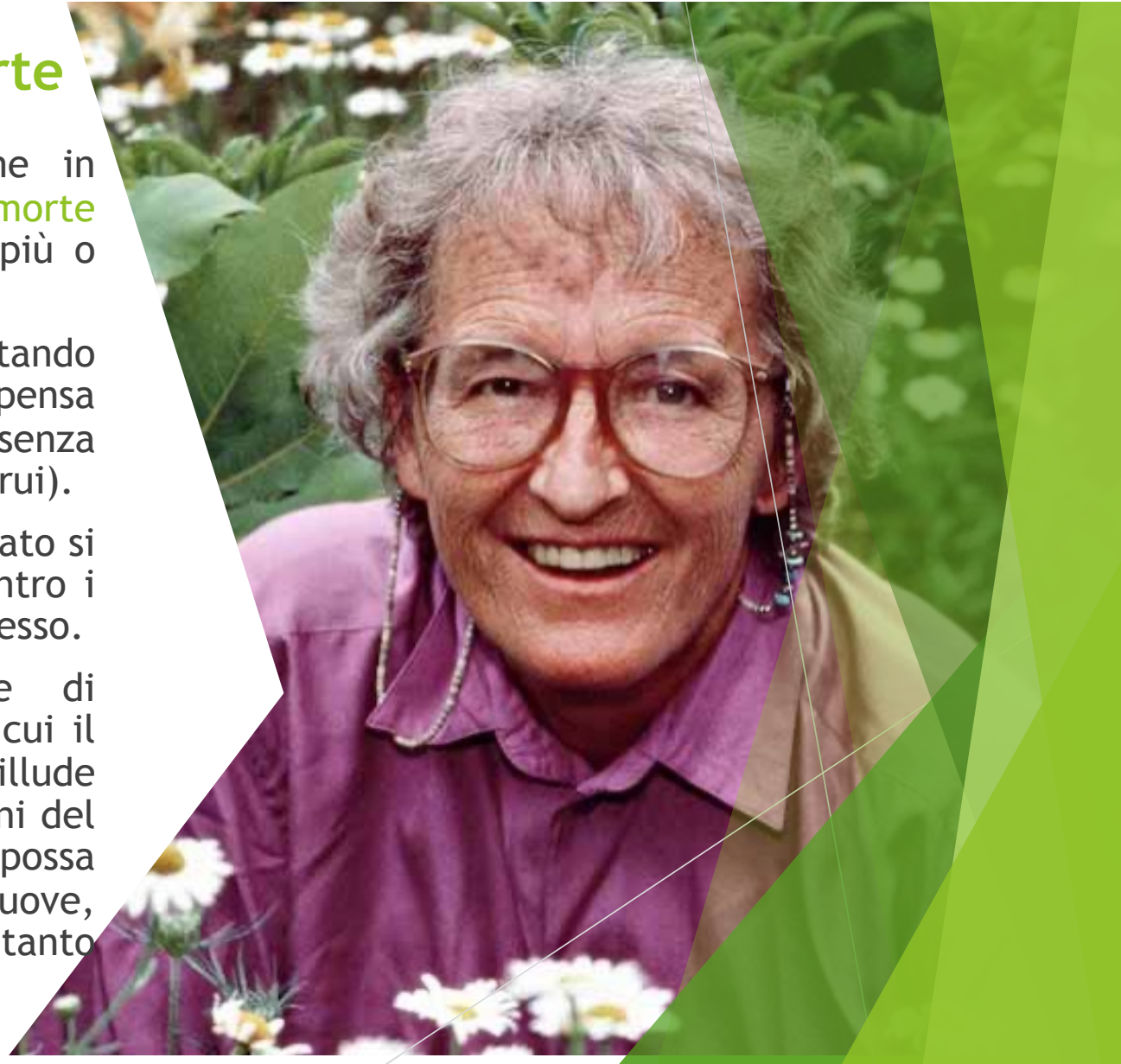
Il paziente di fronte alla morte

E. Kübler-Ross ha evidenziato come in genere il malato si avvicini alla **morte** (*death*) attraverso un **morire** (*dying*) più o meno lungo, scandito in cinque fasi:

Rifiuto: si nega di dover morire, rifiutando l'idea stessa della propria morte (si pensa ad errore diagnostico, si sottolinea l'assenza di sintomi, si richiamano esperienze altrui).

Rivolta: la speranza si sgretola e il malato si ribella contro tutto e contro tutti, contro i familiari, contro i medici, contro Dio stesso.

Patteggiamento: è una situazione di equilibrio fra ragione ed emotività in cui il malato cerca di guadagnare tempo, si illude che seguendo scrupolosamente gli ordini del medico o facendo il buono con Dio possa cavarsela; continua a pensare a cure nuove, ad un medico più capace, ma intanto "sistema le sue cose"...

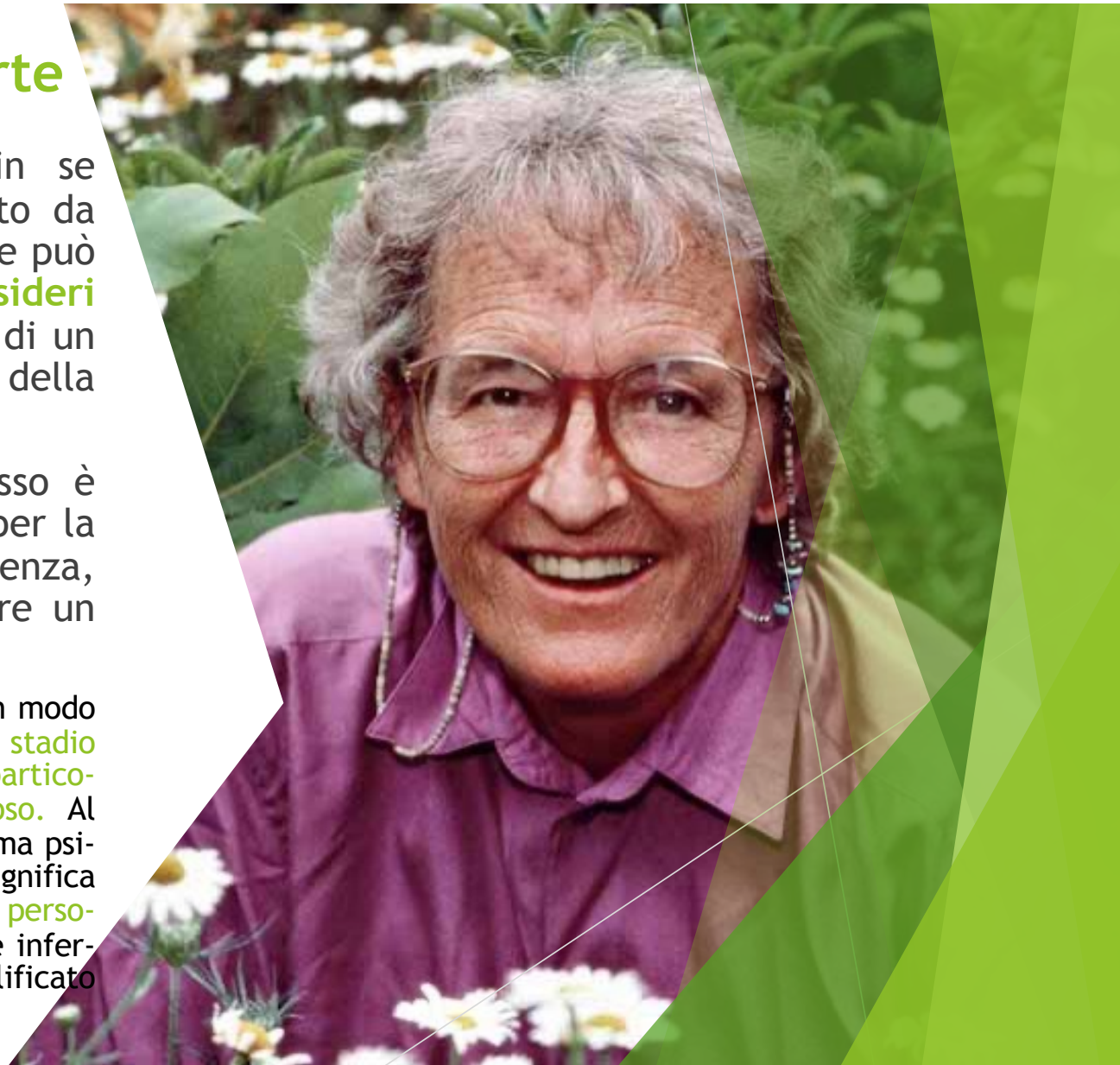


Il paziente di fronte alla morte

Depressione: il malato si chiude in se stesso, sprofondato nel suo io, avvolto da rimpianti e da cupi presagi. Questa fase può accompagnarsi a forti ed **espliciti desideri suicidi**, ma rappresenta anche l'inizio di un confronto realistico con la prospettiva della propria morte.

Accettazione: l'accettazione più spesso è semplice rassegnazione, prostrazione per la lotta e l'impotenza, talvolta è accoglienza, e questo in coloro che riescono a dare un significato alla propria morte.

«Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l'essere umano entra nello **stadio terminale dell'esistenza**. Per lui il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso. Al male e alla sofferenza fisica si aggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta. **Come tale il malato terminale è una persona bisognosa di accompagnamento**, cui medici e infermieri sono chiamati a dare il loro contributo qualificato e irrinunciabile».



L'accompagnamento nel fine vita

Il malato deve essere aiutato a vivere l'ultimo tratto della sua esistenza con dignità, poiché la vita umana conserva il suo altissimo valore anche se la sua qualità è scarsa e sempre si devono riconoscere alla persona i suoi inalienabili e fondamentali diritti.

Perché il malato possa morire con dignità, cioè in modo degno dell'essere umano devono essergli riconosciuti i seguenti diritti:

- ▶ **diritto a non soffrire** quando il dolore può essere attenuato
- ▶ diritto alle cure ordinarie e sintomatiche
- ▶ diritto alla verità
- ▶ diritto alla libertà di coscienza
- ▶ diritto all'autonomia
- ▶ diritto al dialogo confidente
- ▶ diritto a non essere abbandonato
- ▶ diritto alla comprensione



La terapia del dolore

Quando le terapie specifiche sono ormai inefficaci, il paziente ha diritto alle cure ordinarie (idratazione, alimentazione, detersione delle ferite...) e alle **cure palliative e sintomatiche**.

Esse non eliminano la causa di un sintomo doloroso, ma **ne attenuano la violenza coprendolo come di un pietoso mantello (*pallium*)**.

Le cure palliative, favorendo un decorso meno drammatico, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire.

L'uso degli analgesici è lecito anche se ne può derivare torpore o minore lucidità nei malati, **sebbene non si debba privare della coscienza il morente, se non per gravi ragioni (sedazione profonda)**: dolori violenti e insopportabili e dopo avergli dato la possibilità di soddisfare i suoi doveri morali, familiari e religiosi.



La terapia del dolore

Sarebbe invece un grave abuso da parte degli operatori sanitari il ricorrere ai narcotici con lo scopo di interrompere ogni relazione con il morente perché sentita come inutile o eccessivamente penosa.

Talvolta l'impiego di analgesici molto potenti può avere come effetto secondario **l'affrettarsi della morte**. Rischio collaterale accettabile se non ci sono altri mezzi per lenire il dolore, ma esistono studi che una buona terapia palliativa esclude sia questo rischio, sia l'insorgere di dipendenza.

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* qualifica le cure palliative in maniera molto suggestiva come «una forma eccellente di carità disinteressata» (n. 2279).



Quando non c'è più niente da fare... ...c'è ancora molto da fare!!!

Più che mai, vale per il malato terminale il fondamentale **principio della medicina personalista** che non si cura mai soltanto un organo o una malattia, ma una persona: la cura del malato terminale deve essere perciò una cura totale, nella quale l'intervento analgesico ha importanza quanto l'accompagnamento psicologico e la detersione di un'ulcera da decubito quanto un sorriso o uno sguardo...

Solo una medicina che sappia prendersi cura della persona nel suo insieme può pensare di affrontare in modo adeguato le problematiche assistenziali del malato terminale.

No all'abbandono terapeutico

No all'accanimento terapeutico/diagnostico



Quando non c'è più niente da fare... ...c'è ancora molto da fare!!!

«Il rifiuto dell'accanimento terapeutico non significa abbandono del malato terminale o comatoso, ma rifiuto di prolungare oltre misura e con mezzi sproporzionati l'agonia, rifiuto di tormentare il paziente con strumentazioni che non incidono significativamente su un suo accettabile e minimale benessere, rifiuto di praticare terapie ardite con bassissime probabilità di successo...» (Salvino Leone).

LEONE S., *Etica...*, 202.

Ognuno ha diritto a morire con dignità, a vivere la propria morte in modo umano, senza trasformare la propria fine in un artificio tecnico disumanizzante o in un inutile dispiegamento di mezzi eroici. C'è una fase della malattia nella quale non ha più senso insistere con estenuanti e ormai inutili terapie o esami clinici.



Quando non c'è più niente da fare... ...c'è ancora molto da fare!!!

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* riconosce che «l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima» (n. 2278).

Se cessano le cure specifiche, resta sempre l'obbligo di proseguire con le cure ordinarie e le cure palliative o sintomatiche: l'alimentazione e l'idratazione, magari ricorrendo, finché è ben tollerato dal malato, alle forme artificiali (sia enterale con sondino naso-gastrico, sia parenterale), le cure igieniche, la detersione delle ferite e delle piaghe, la terapia antalgica, l'eventuale terapia sedativa, che mantenga per quanto possibile lucidità al malato, e soprattutto solidarietà, attenzione e rispetto.

Una medicina umana deve saper tenere per mano chi se ne va, accettando di curare senza guarire.

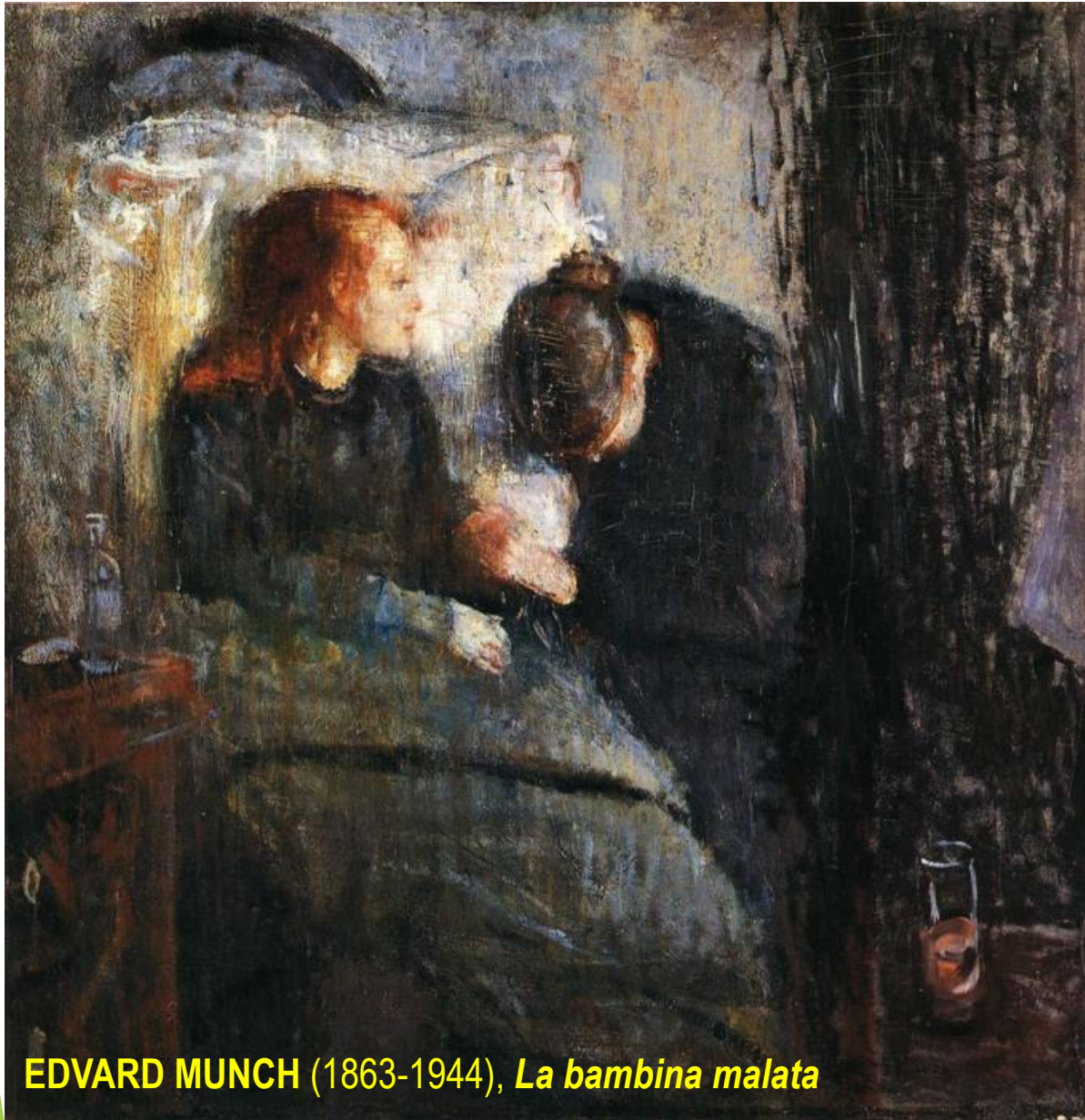


**Dibattito:
...spazio per il
dialogo!**



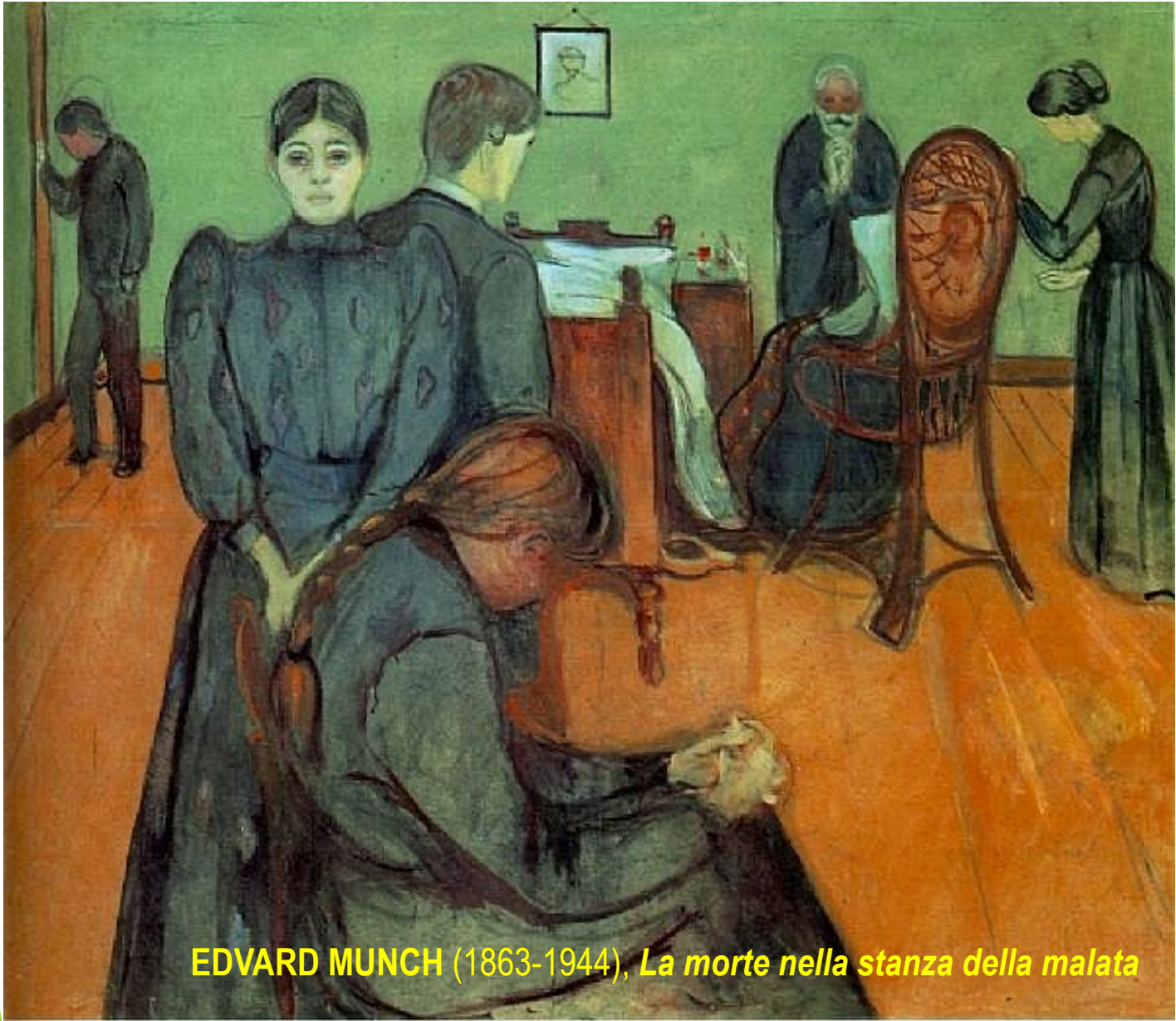
Ri-pensare
per immagini...





EDVARD MUNCH (1863-1944), *La bambina malata*

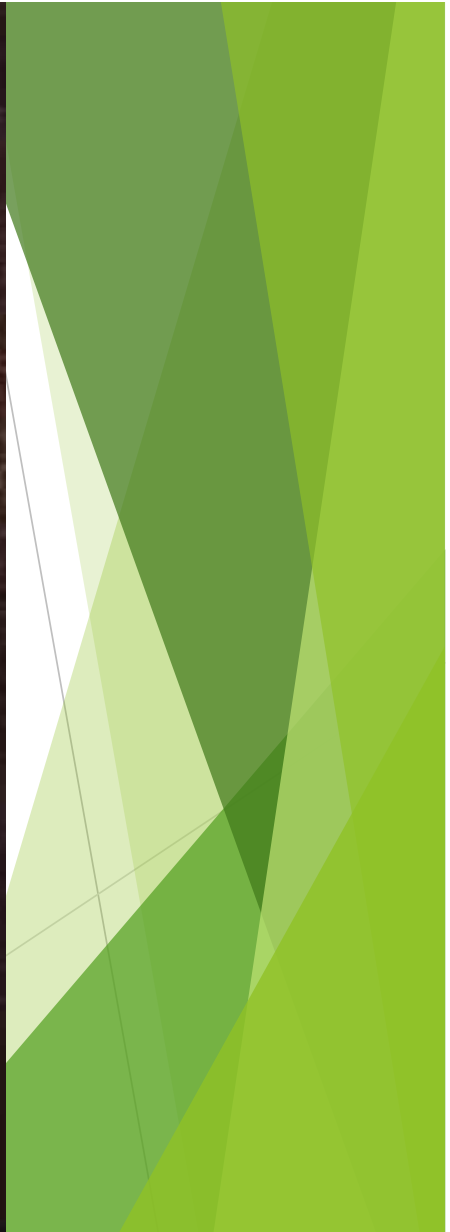




EDVARD MUNCH (1863-1944), *La morte nella stanza della malata*



P. PICASSO, *Science and Charity* (1897) Museo Picasso, Barcellona





REMBRANDT, *Lezione di anatomia del Dottor Tulp*, 1631





SALVATORE FIUME



ROGER DE LA FRESNAYE, *La malade* (inizi '900) Museo Municipale d'Arte Moderna, Paris





EDOUARD VOUILLET

*H. Vaquez all'ospedale de
"La Pitié"*

Accademia Nazionale di
Medicina – Parigi



SIR LUKE FILDES, *The Doctor* (1887) Tate Gallery, London



FRANCISCO DE GOYA,
Self-Portrait with Dr. Arrieta (1820)



Para agradecer a mi amigo Arrieta, por el acierto y como así se le salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad, pedecida a fines del año 1810, a las setenta y tres de su edad. Copiado en 1820.



VINCENT VAN GOGH, Il buon samaritano (1890)



**Grazie per
l'attenzione**

