

I. KONFERENCJE I SYMPOZJA

O GODNE UMIERANIE PRZEMYŚL, 9 LISTOPADA 2017 R.*

Franco Tanzi (Lugano)

Premisla Christiana
t. 18 (2018/2019), s. 9-13

LA MORTE AGLI OCCHI DEL MEDICO

Introduzione

Nel corso degli ultimi 50 anni l'attesa di vita alla nascita è progressivamente cresciuta raggiungendo in Svizzera gli 85 anni per le donne e gli 81 anni per gli uomini. Dall'inizio degli anni 80 l'attesa di vita aumenta di un anno ogni quattro anni e questo beneficio lo possiamo attribuire almeno nella misura del 40% ai frutti della ricerca farmaceutica. Infatti, se nella prima metà del secolo scorso l'incremento della vita era da attribuire in special modo alle migliorate condizioni igieniche e alimentari nonché alla promozione della sicurezza nel mondo del lavoro, oggi le malattie croniche beneficiano in particolar modo di una farmacoterapia, a volte complessa e incisiva. Vi è comunque un legame stretto fra vecchiaia e salute: desiderare di vivere più a lungo significa divenire sempre più anziano ma al prezzo di una disabilità progressiva. In realtà esiste un'associazione stretta e inversa fra vecchiaia e salute, in particolar modo dopo gli 80 anni quando il bisogno di assistenza e la domanda di cure crescono in modo esponenziale. Ora sappiamo che l'attesa di vita per una donna di 65 anni oltrepassa i 20 anni, ma di questi almeno cinque sono anni con impedimenti funzionali tali da richiedere l'intervento di terzi. Per gli uomini 65enni l'attesa di vita raggiunge quasi i 17 anni, ma di questi almeno tre sono da ritenersi anni marcati dalla dipendenza.

* W ramach Konferencji miały miejsce następujące wystąpienia:

- ks. prof. dr hab. Józef Makselon, Uniwersytet Jana Pawła II w Krakowie: *Umieranie człowieka oczami filozofa*;
- dr Franco Tanzi, Lugano, Szwajcaria: *Umieranie człowieka oczami lekarza*;
- mgr Małgorzata Kulas, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Onkologicznego, Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej: *Umieranie człowieka oczami pielęgniarki*;
- ks. dr Mariusz Bernyś, kapelan Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie: *Umieranie człowieka oczami duszpasterza*.

Ancora più interessante è lo studio delle cause di morte e soprattutto lo studio del declino funzionale nel corso degli ultimi mesi, rispettivamente anni: oggi sappiamo che il 15–20% delle morti sono da considerarsi inattese o improvvise, mentre per il restante 25% sono da attribuire a malattie maligne con una traiettoria di malattia che prevede un decadimento funzionale progressivo negli ultimi 2 mesi di vita; un altro 25% dei pazienti decede per insufficienze di organo croniche (ad esempio insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, ...) ma il declino prima della morte può estendersi su 2 fino a 5 anni. Per il restante 30% si tratta di pazienti che arrivano a morte per una co-morbilità multipla, caratterizzata da estrema fragilità in particolar modo quando sono presenti malattie neurologiche degenerative come la demenza. In quest'ultimo caso il declino prima della morte può durare fino a 6–8 anni e comporta spesso una grossa compromissione funzionale e da qui la necessità di importanti misure terapeutico-assistenziali, spesso non più possibili da elargire al domicilio. In Svizzera possiamo osservare che fra le morti cosiddette attese l'intervento medico nel corso degli ultimi 15 anni è passato dal 74.5 % nel 2001 all' 82.2 % nel 2013: come dire che le cure di fine vita sono sempre più medicalizzate a conferma dell'andamento cronico-fragilizzante delle malattie. D'altra parte la presenza del medico può rappresentare una vera provvidenza, utile per facilitare il trapasso, rispettivamente accompagnare tanto il paziente quanto la sua famiglia.

Definizioni

Abbiamo dunque visto che per diverse ragioni la maggior parte dei pazienti che si avvicinano al fine vita, dopo una traiettoria di malattia con un declino che comporta mesi fino anni, beneficiano spesso di una presenza medico-infermieristica e tanto più il team sanitario conosce il paziente, il suo percorso di malattia e la sua volontà, tanto più saprà sfuggire alle due tentazioni estreme, cioè l'accanimento terapeutico e l'abbandono terapeutico, potendosi dedicare a cure proporzionate, efficaci e soprattutto personalizzate.

L'*accanimento terapeutico* comporta l'applicazione di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo posto, a cui si aggiunge la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente, inducendogli un'ulteriore sofferenza. Astenersi dall'accanimento terapeutico è accettare la finitezza umana e l'ineluttabilità della morte naturale.

All'estremo opposto vi è l'*abbandono terapeutico* cioè l'omissione di atti terapeutici ancora utili al paziente anticipando così la morte naturale. Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza, fisica e psichica.

L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e suicidio assistito

La commissione centrale di etica dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche si è chinata fin dal 2002 sull'emergere del suicidio assistito, proponendo raccomandazioni nella presa a carico dei pazienti terminali: in special modo ha fin da subito ribadito il dovere di curare, lenire e accompagnare i pazienti in fin di vita, appurando che siano proposte e applicate le necessarie misure terapeutiche, psichiatriche e palliative. In special modo il personale medico e paramedico deve cercare il dialogo con il paziente e con i suoi famigliari alla ricerca delle misure terapeutico-assistenziali adeguate, senza dimenticare i bisogni spirituali che emergono in fine vita.

Spesso il paziente gravemente ammalato può manifestare il desiderio di morire, richiesta che nella stragrande maggioranza dei casi fuoriesce da una sofferenza globale, rispettivamente da un sentimento di solitudine e rappresenta dunque prevalentemente una provocazione, un richiamo per una maggior attenzione e ascolto. Purtroppo nel mondo occidentale sta prendendo sempre più piede il suicidio assistito, non tanto a causa di dolori insopportabili ma piuttosto per una percezione soggettiva di indegnità, di mancanza di senso e abbandono. Il suicidio assistito contrariamente al suicidio che tocca maggiormente le persone fra i 40 e i 65 anni è appannaggio degli anziani fra i 65 e 85 anni, coinvolgendo in larga misura anche le donne. Il suicidio assistito ha quale conseguenza per gli operatori sanitari un indebolimento della coscienza del proprio compito, è inoltre presente il rischio di emulazione da parte di altri pazienti anziani. Senza dimenticare che i famigliari spesso hanno difficoltà ad elaborare il lutto per sentimenti di colpa, mentre per la società rappresenta un'autentica tentazione per la convenienza economica e dunque per la popolazione, di riflesso, una perdita di fiducia nelle istituzioni.

Le cure palliative

Le cure palliative sono un approccio terapeutico che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle famiglie che ne sono coinvolte, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza grazie all'identificazione precoce e il tempestivo rilievo e trattamento del dolore, così come degli altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali.

L'accompagnamento del morente fa parte dell'attività medica e per le considerazioni sopraesposte è sempre più importante che i medici siano preparati ad affrontare questo compito. In special modo il medico deve riconoscere la fase terminale della malattia sapendo valutare i sintomi prevalenti e affrontarli in modo specifico, magari riducendo la prescrizione farmacologica di fondo e soprattutto promuovendo la comunicazione con il malato in fin di vita, coinvolgendo, se indicato e con il consenso del malato, lo

psichiatra e soprattutto l'assistente spirituale. Importante, inoltre, che il medico sia presente possibilmente al momento del decesso e possa fungere da supporto e aiuto, tanto psicologico quanto amministrativo per la famiglia.

Due sono le domande che devono emergere nel medico che accompagna i pazienti in fin di vita: "Che cosa la preoccupa maggiormente o le fa paura?" e "Nel tempo che le resta da vivere che cosa è particolarmente importante per lei?". La capacità di porre queste domande presuppone fiducia e confidenza con il paziente e solo allora il medico saprà al meglio acconsentire e sostenere i desideri del paziente.

Considerazioni etiche

I principi internazionalmente riconosciuti per l'etica medica prevedono il riconoscimento dell'*autonomia* del paziente – il paziente debitamente informato è libero di intendere e volere a quali cure sottoporsi – la *beneficienza* – ogni atto medico deve mirare al bene del paziente – e la *giustizia* – cioè l'impiego proporzionato delle risorse a disposizione. L'autonomia del paziente presuppone un'informazione completa e comprensibile e quindi la libera accettazione di una proposta di trattamento sulla base di un consenso informato.

Per rappresentare il paziente terminale, quando non è più in grado di esprimere la propria volontà, da tempo è stato introdotto un documento legalmente vincolante con il quale una persona dotata di piena capacità esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, a causa di malattia o di trauma improvviso, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso informato. Questo documento, chiamato "Direttive in fin di vita", è a disposizione presso le associazioni dei pazienti, la Caritas Internazionale e in genere presso le società mediche.

Come abbiamo visto l'82% dei decessi in Svizzera è preceduto da almeno una decisione in fin di vita, decisione che prevede in particolar modo la sospensione o l'astensione da una terapia divenuta futile e comporta, inoltre, l'intensificazione di cure sintomatiche e palliative, ricorrendo se necessario a una *sedazione palliativa* rispettivamente terminale. Con questo approccio che predilige il benessere del paziente a scapito dello stato di coscienza si vuole intervenire per lenire una sofferenza divenuta insopportabile ma senza l'intenzione di voler anticipare il decesso. Infatti, sia la precipitazione del processo della morte, sia l'assistenza al suicidio contraddicono il principio etico e deontologico del rispetto assoluto della vita del paziente. Infatti, il rispetto della vita è un dovere etico dell'uomo verso sé stesso e verso gli altri, riconoscendo al malato dignità indipendentemente dalla sua qualità di vita e stato funzionale.

Chochinov H.M. nel 2007 aveva indicato l'ABCD per mantenere la dignità: **A**tteggiamento corretto, **B**uon comportamento, **C**ompassione (proprio nel senso etimologico di condividere la sofferenza) e **D**ialogo. Questo esige il riconoscimento del paziente come persona, persona umana che porta dentro di sé iscritto nel profondo del suo essere il bisogno di amore, di essere amato e di amare a sua volta.

Conclusioni

Tanto maggiore è la fragilità del paziente in fase terminale, tanto più grande deve essere l'assistenza e la benevolenza. È doveroso sviluppare cure palliative che si facciano carico anche degli aspetti psicologici ed esistenziali del paziente, promuovendo una nuova solidarietà sociale in una società maggiormente coesa. La sola visione biologica del malato rimuove la percezione del mistero che alberga in ognuno di noi e riduce la realtà della persona.

La vulnerabilità di una persona è molto condizionata da chi le è vicino e l'espressione "vorrei morire" non vuol dire voglio suicidarmi, bensì ho bisogno di vicinanza e condivisione. Riconoscere la creaturalità dell'uomo induce una dipendenza fiduciosa e consente di abbracciare la certezza della speranza cristiana.