

# CONVEGNO SULLA PRATICA DEL CODICE DEONTOLOGICO

Sala riunioni Ospedale S. Martino Belluno

Venerdì 28 novembre 2009

## CONVEGNO SULLA PRATICA DEL CODICE DEONTOLOGICO

### L'ETICA DELL'ACCOMPAGNAMENTO.

*Dr. Aldo Pagni*

#### **1. La morte e il morire.**

L'argomento "fine della vita" è un tema complesso perché se **la morte** corrisponde all'inevitabile finitezza biologica del vivente, **il morire** è un processo che si compie all'interno dell'esperienza quotidiana di una vita, e comprende il rifiuto delle sofferenze e la paura della solitudine.

Nonostante che gli uomini abbiano raggiunto condizioni confortevoli nella vita quotidiana, e acquisito la supremazia rispetto agli animali, l'unico ostacolo che non hanno potuto superare è stato quello di non poter sfuggire alla morte. Siamo gli unici esseri viventi che *sanno* di dover morire.

"Ci sono vari modi di affrontare il fatto che la nostra vita, e quella delle persone che amiamo, avrà fine, ha scritto Norbert Elias: quello di mitologizzare la fine della vita umana immaginando una sopravvivenza dei morti nell'aldilà, quello di eludere e rimuovere il pensiero sgradito della morte, quello di guardarla in faccia come uno degli aspetti della nostra esistenza, e, infine quello di ***considerare nostro dovere rendere quanto più facile e gradevole possibile il commiato dei moribondi dagli uomini, si tratti di noi o di altri, e chiederci come sia possibile assolvere tale compito***".

Una società civile, tuttavia, non dovrebbe tollerare che un bambino muoia soffocato dalle esalazioni di un braciere perché la madre povera non ha potuto più pagare la bolletta della luce, o le troppe vittime sul lavoro di cui ogni anno danno notizia le cronache.

Alla morte sono stati attribuiti significati diversi nel corso della storia e nella cultura di popoli diversi, ma essa ha implicazioni psicosociali differenti a seconda che si tratti di un bambino affetto da una malattia inguaribile, di un padre di famiglia unica fonte di reddito, di un grande vecchio, di un emarginato o di una persona importante e molto ricca.

I tragici e i filosofi dell'antichità greca e romana sostennero la tesi che il dono più prezioso recato dal sacrificio di Prometeo agli uomini per salvarli dallo sterminio decretato da Zeus, non fu soltanto quello di dotarli di abilità

prodigiose o di risorse straordinarie, ma quello di far loro volgere altrove lo sguardo e di *dimenticare* la morte.

“*L’oblio della morte* è anche condizione del progresso dell’umanità”, ha scritto U. Curi, perché ha sostituito “alla paralizzante visione della morte “lo inganno” di una vita affrancata dalla prospettiva della fine”.

Tuttavia, se da un lato “si afferma l’idea che la strategia più idonea per non soccombere di fronte al pensiero della morte consista nel sottrarsi al suo sguardo paralizzante”, dall’altro, però, si sceglie di “concentrare su di essa lo sguardo, letteralmente *prendendosi cura* della morte, e improntando proprio a questo esito tutta la vita”.

Nelle Sacre Scritture “l’evento della morte non è riducibile a un banale incidente di percorso, a un’ineluttabile proprietà biologica del vivente, ma, al contrario, rappresenta il compimento di un cammino che, proprio nella consegna di tutta la propria vita, riceve il suo sigillo di autenticità dall’esempio della vita e della morte di Gesù” (C.Zuccaro).

Non è questa la sede per approfondire questa tematica, pur importante, e quindi mi limiterò a due osservazioni generali: una relativa alla *morte*. e l’altra al *come si muore oggi* che riguarda la vita, e rappresenta l’atto culminante del vivente impegnato a dare un senso alla propria esistenza anche in quest’ultima circostanza, nella quale il medico ha un ruolo non secondario.

La morte biologica, riguarda la scienza e sono note le polemiche che ancora sussistono se il suo compimento sia da fissare, come in passato, in un arresto cardiaco e dei fluidi vitali, o come ha stabilito la legge dopo il documento di Harvard, nella morte encefalica.

Il morire ha richiamato l’attenzione dell’opinione pubblica, dei filosofi, dei bioeticisti, dei religiosi, e del legislatore e, se da sempre ha riguardato il ruolo dei medici, oggi l’assistenza al morente li ha investiti di nuove e delicate responsabilità.

I progressi delle conoscenze mediche non soltanto hanno reso, oggi, l’atto del morire sempre meno naturale e sempre più artificiale, ma hanno aumentato le attese di vita, rinverdito il sogno faustiano dell’immortalità e reso inaccettabili, nell’immaginario collettivo, le sofferenze finali.

Le tecniche di rianimazione e dell’intensità delle cure spesso hanno consentito di restituire la vita a persone che in altri periodi sarebbero sicuramente decedute, ma insieme hanno posto ai familiari, e alla coscienza del medico nuovi e inquietanti interrogativi di fronte ai malati inguaribili e alla sopravvivenza di persone “diversamente vive”, prive di coscienza di sé e degli altri a causa di danni cerebrali irreversibili dopo un grave trauma o una prolungata ipossimemia cerebrale.

I medici italiani rifiutano decisamente l’eutanasia, e l’accanimento terapeutico, ma insieme riconoscono l’importanza del consenso informato e delle Dichiarazioni anticipate di trattamento, per non espropriare il vivente della sua morte.

Purtroppo, si è determinato nella società contemporanea un aspro, e apparentemente insanabile conflitto ideologico, sul significato e sul valore da attribuire alla dignità della persona, sui limiti della disponibilità della vita, sui diritti dei cittadini, sul rispetto della volontà espressa autonomamente dal malato, sulla differenza tra eutanasia omissiva e morte naturale e sull'accanimento terapeutico.

Riguardo a quest'ultimo non possiamo che esprimere perplessità e riserve quando una sentenza del Tribunale sottrae la patria potestà ai genitori di un neonato, affetto da agenesia renale bilaterale congenita, per costringerlo, per tre mesi, alla dialisi peritoneale prima dell'inevitabile decesso.

Il legislatore pare, oggi, ignorare i doveri e le responsabilità dei medici definiti dalle norme del Codice, e non si limita a predisporre le necessarie nervature istituzionali dei processi di regolazione sociale dell'etica pubblica, per evitare ingiustizie e sopraffazione, ma finisce con l'interferire pesantemente nelle scelte del medico, espropriandolo di una responsabile autonomia da condividere con il cittadino.

## **2. Il diritto di morire e l'accompagnamento del morente.**

Il filosofo Hans Jonas, dopo aver sostenuto in quali situazioni il malato terminale aveva "il diritto di morire", sostenne che tale rivendicazione doveva essere fatta in nome dell'autentica vocazione della medicina, che ha "a che fare con l'integrità della vita o almeno con la situazione nella quale essa sia ancora desiderabile".

E' in questo contesto multiculturale, tecnico scientifico e di pluralismo etico che si colloca l'etica dell'accompagnamento del morente al quale, si deve riconoscere, la Chiesa cattolica ha sempre dedicato una particolare attenzione.

Il medico e santo Giuseppe Moscati, scriveva a un collega: "Pensate che i vostri infermi hanno soprattutto un'anima, a cui dovete sapervi avvicinare, e che dovete avvicinare a Dio; pensate che vi incombe l'obbligo di amore allo studio perché solo così potete adempiere al grande mandato di soccorrere le infelicità".

E la Carta degli Operatori Sanitari del 1995, nell'affermare che il morente ha il diritto a essere accompagnato spiritualmente anche dal medico, ricordava che "Occorre evangelizzare la morte: annunciare il Vangelo al morente. E' un dovere pastorale della comunità ecclesiale di ciascun membro, secondo le responsabilità di ognuno".

Questo dovere del medico credente di *evangelizzare la morte* di ognuno ad ogni costo, suscita non poche riserve quando si tratti di persone irreligiose o agnostiche con una personale visione della vita, o che professino una fede diversa da quella dell'equipe.

Non si nega l'importanza del conforto di un religioso in queste circostanze angosciose e contraddittorie, in cui il malato grave e la sua famiglia vivono la

realtà di una malattia inguaribile, ma i sanitari, hanno soltanto il dovere di curare e prendersi cura del malato, senza operare discriminazioni o esercitare indebite pressioni psicologiche nei confronti della fragilità del malato,

L'articolo 3, dei Principi di etica medica europea, opportunamente recita "Al medico è fatto divieto di imporre al paziente le proprie opinioni personali, filosofiche, morali e politiche, nell'esercizio della professione".

In un passato relativamente recente il medico tendeva a rimuovere il problema della morte, con tutto il corredo dei suoi avvisi premonitori, e il paziente inguaribile era lasciato soprattutto alle attenzioni di altri perché, in assenza di strumenti efficaci, si riteneva che ormai non fosse più di competenza medica.

Il confronto con la morte crea nel medico una "ferita narcisistica" al proprio potere e alla vantata onnipotenza della medicina, e lo induce a difendersi ricorrendo al "medichese" che distanzia e protegge dalla vicinanza al morente.

I medici, in genere, non ricevono una formazione adeguata in tema di ascolto e di comunicazione, anche se i modelli e gli schemi non sono sufficienti per affrontare situazioni angosciose e imprevedibili come quelle proposte da una morte imminente.

In passato prevaleva la tesi che il coinvolgimento emotivo del medico nei confronti dei pazienti, compromettesse l'obiettività scientifica, la razionalità del giudizio e riducesse l'efficacia della gestione del singolo caso, ignorando l'importanza dell'accessibilità emotiva e l'arte di essere totalmente presenti a un altro essere umano.

Oggi la situazione è mutata, in primo luogo perché si muore sempre meno nella propria casa, e sempre più spesso in ospedale, in una residenza sanitaria, o in un hospice, assistiti non da un solo medico ma da un'equipe interdisciplinare formata da specialisti e infermieri, e poi perché le cure palliative possono almeno attenuare le sofferenze del malato.

La tecnologia ha aumentato la potenza della medicina consentendo di prolungare una morte annunciata, ma ha anche frammentato le competenze dei medici, sminuendone il ruolo, ed ha aumentato la distanza fisica dal malato in un'organizzazione sanitaria sempre più complessa.

"Finché i medici ridurranno il loro rapporto con il paziente, ha scritto Charles A. Garfield, a una sorta di "comportamento efficiente" legato a una stretta definizione, il loro valore come medici sarà limitato e i loro pazienti li considereranno distaccati e insensibili".

Il tema dell'umanizzazione della morte trova riscontro anche in quanto scrive il Cardinale Tettamanzi: "Se il medico vivesse la sua professione unicamente secondo un orientamento organicistico, dimentico dei bisogni emotivi e sociali del paziente, il momento della morte diventerebbe privo di qualsiasi significato, anzi rappresenterebbe per lui il segno della sconfitta, dello smacco subito nei confronti della malattia che "vince" nonostante la più "perfetta" terapia messa in atto".

Ormai c'è un'ampia letteratura sulla necessità di “prendersi cura” del malato oltre a “curarlo”, e anche sull'opportunità che il medico “accompagni” il morente e non lo abbandoni.

L'art. 39 del Codice recita: “In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita e della dignità della persona”.

Gli articoli del nostro Codice, fondati sulla base dell'esperienza professionale quotidiana dei medici e frutto della mediazione tra ***un'etica deontologica dei principi e quella teleologica delle conseguenze delle nostre azioni***, non possono, tuttavia, regolare in dettaglio le dinamiche dei rapporti interpersonali, unici e irripetibili, di ogni singolo caso clinico.

Appare, comunque, indispensabile che si introduca nella formazione di base del medico anche l'insegnamento delle scienze umane, e insieme che si tenga conto di alcune modalità di approccio al malato inguaribile per essergli davvero di aiuto:

1. L'ambiente scelto per la terapia non può che essere in relazione al livello di complessità delle cure necessarie. Il mantenimento del malato nella propria abitazione è, in genere,
2. il più gradito al malato se la casa ha una configurazione adeguata, e se la famiglia è in grado di affrontare, con l'aiuto dei medici, la responsabilità, le ansie, le frustrazioni e le preoccupazioni vissute tra le mura di casa nell'imminenza di un lutto.
3. Il paziente ha il diritto di sapere quando la malattia non risponde più al trattamento instaurato, anche se il tono e il contenuto dell'informazione non devono distruggere del tutto la speranza.
4. Quando la terapia diventa inutile le cure devono orientarsi verso cure palliative dirette ad alleviare le sofferenze del malato, ma il paziente, o il suo fiduciario, devono avere la possibilità di decidere se accettare o no le proposte del medico.
5. Riconoscere la realtà emotiva del morente e la necessità di un efficace sostegno psicologico al malato e ai suoi familiari presuppone un coinvolgimento emotivo con i nostri pazienti, e insieme la necessità di condividere questo coinvolgimento anche con i medici e gli infermieri dell'intera equipe.
6. Comprendere che gli aspetti psicosociali dell'assistenza al malato, sono molto importanti e richiedono molto di più di un semplice “tenere la mano” dell'infermo per alleviarne l'angoscia della solitudine.
7. Ricordando che chi vive ha molto da imparare da chi muore, serve a riflettere con scrupolo sul proprio atteggiamento nei confronti della morte e aiuta il medico a coinvolgersi emotivamente nel dramma vissuto dal malato e dai suoi familiari.

## Bibliografia minima.

Elias N. La solitudine del morente, Il Mulino, Bologna, 1985.

AA.VV. Il Volto della Gorgone, La morte e i suoi significati (a cura di U.Curi), Bruno Mondadori, Paravia, 2001.

Tettamanzi D. Nuova bioetica cristiana, Edizioni Piemme, Alessandria, 2000.

Garfield C.A, Assistenza psicosociale al malato in fase terminale (Edizione italiana a cura del Comitato regionale Gigi Ghirotti di Genova), McGraw.Hill Italia, Milano, 1987.

AA.VV. Codice deontologico commentato, C.G.Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.