



Papa Francesco in visita a un malato

«Nessuno sia escluso dall'assistenza sanitaria»

Tre «antidoti» per «contribuire a mantenere il rapporto tra centro e periferia, tra piccolo e grande, tessendo relazioni e promuovendo percorsi di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale». Ad indicarli alla Confederazione Federsanità ricevuta in udienza è Papa Francesco. Innanzitutto, la prossimità come antidoto all'autoreferenzialità.

«Vedere nel paziente un altro me stesso spezza le catene dell'egoismo, fa cadere il piedistallo sul quale a volte siamo tentati di salire e spinge a riconoscerci fratelli, a prescindere dalla lingua, dalla provenienza geografica, dallo status sociale o dalla condizione di salute». «Farsi prossimi significa

anche abbattere le distanze, fare in modo che non ci siano malati di "serie A" e di "serie B", mettere in circolo le energie e le risorse perché nessuno sia escluso dall'assistenza socio-sanitaria». «Quando un Paese perde questa ricchezza che è la sanità pubblica, incomincia a fare distinzioni tra la popolazione, coloro che hanno accesso, che possono avere sanità, a pagamento, e coloro che sono senza servizio sanitario. Per questo è una ricchezza vostra, qui in Italia, la sanità pubblica: non perderla - il monito del Pontefice -, per favore, non perderla!».

«Se tutto è connesso, dobbiamo anche ripensare il concetto di salute in un'ottica integra-

Il Papa ha ricevuto in udienza la Confederazione Federsanità: «Farsi prossimi significa abbattere le distanze, in modo che non ci siano pazienti di serie A e di serie B»

le, che abbracci tutte le dimensioni della persona», l'altro monito di Francesco. «Una visione olistica della cura contribuisce a contrastare la "cultura dello scarto" che esclude quanti, per diversi motivi, non rispondono a certi canoni».

Per il Papa, «le patologie possono segnare il corpo, confondere i pensieri, togliere le forze, ma non potranno mai annullare il valore della vita umana, che va tutelata sempre, dal concepimento alla fine naturale. Auspico che la ricerca e le varie professioni sanitarie abbiano sempre questo orizzonte». Tema, questo, ripreso più volte dal Pontefice e, in particolare, affrontato nella catechesi del 9 febbraio scorso, dedicata a San Giuseppe patrono della buona morte.

«Non possiamo evitare la morte, e proprio per questo, dopo aver fatto tutto quanto è umanamente possibile per curare la persona malata, risulta immorale l'accanimento terapeutico». Nell'occasione, ha cita-

to a braccio «quella frase del popolo fedele di Dio, della gente semplice: "Lascialo morire in pace, aiutalo a morire in pace". Quanta saggezza!». Poi si è soffermato sulla qualità della morte stessa, del dolore, della sofferenza: «Dobbiamo essere grati per tutto l'aiuto che la medicina si sta sforzando di dare, affinché attraverso le cosiddette cure palliative, ogni persona che si appresta a vivere l'ultimo tratto di strada della propria vita, possa farlo nella maniera più umana possibile. Dobbiamo però stare attenti a non confondere questo aiuto con derive anch'esse inaccettabili che portano ad uccidere», ha precisato il Papa.

Lino Gambara

Spesso il dibattito sul fine vita si risolve in uno scontro fra visioni inconciliabili. «Il problema centrale - afferma il dott. Franciosi, oncologo - è dare risposta alla sofferenza degli ammalati»

Cure palliative, binomio inattuato

DI VITTORIO FRANCIOSI *

Il dibattito filosofico e politico sulle decisioni difficili alla fine della vita e sull'eutanasia, si conclude, spesso, in uno scontro fra concezioni dell'esistenza inconciliabili fra loro. Al contrario, il problema centrale, cioè dare una risposta alla richiesta di sollievo alla sofferenza delle persone, spesso rimane marginale.

La capacità di immedesimarsi nel dolore degli ammalati, di ascoltare le loro richieste e rispettare le scelte senza giudicare, dovrebbero contraddistinguere i protagonisti del dibattito bioetico sul fine vita, dando espressione e concretezza alla realtà delle persone sofferenti senza perdersi in percorsi speculativi puramente accademici e teorici.

La prossimità alle persone insegna che la richiesta di essere aiutati a morire è raramente assoluta e irremovibile, molto più spesso ambivalente e fluttuante. Anche il dolore più buio si può aprire alla speranza se viene supportato da soluzioni alternative alla richiesta suicidaria. Ad esempio, offrendo trattamenti sintomatici e di supporto psicologico, erogati da personale sanitario specializzato, in luoghi di assistenza, idonei ad offrire sollievo fisico, psichico e spirituale in maniera personalizzata.

È evidente che le richieste dei pazienti e delle famiglie, di alleviare il dolore globale delle fasi terminali delle malattie croniche, degenerative e oncologiche sono in aumento ed è dimostrato che le cure palliative sono una risposta efficace alla richiesta di sollievo dalla sofferenza. Attraverso l'identificazione precoce e il trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psichica, sociale e spirituale, le cure palliative rappresentano anche un'alternativa alle richieste eutanasiche originiate dalla comprensibile di-

spersione che deriva dal dolore cronico fisico e psichico e al senso di abbandono esistenziale.

La legge 219/2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento") ha chiarito la normativa riguardante molti termini usati nel fine vita. Il consenso informato dà il diritto alle persone di iniziare, rifiutare o sospendere qualsiasi trattamento sanitario proposto, compresi i trattamenti terapeutici di so-

«La richiesta eutanastica è raramente assoluta: anche il dolore si può aprire alla speranza se supportato da trattamenti sintomatici e psicologici»

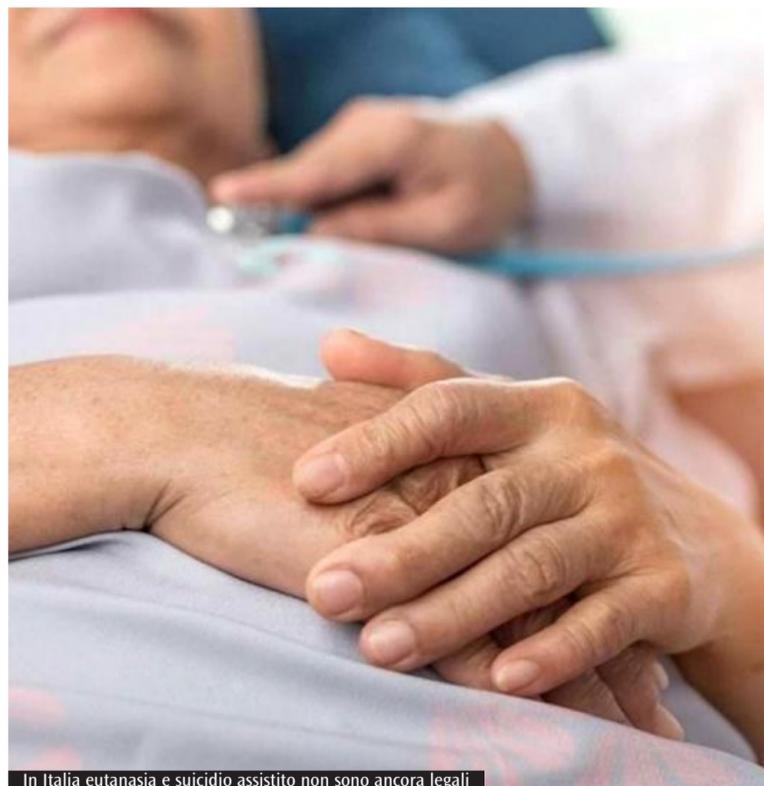
stegno vitale come l'alimentazione e la respirazione artificiale. Il consenso o il dissenso a specifici trattamenti può essere anticipato, ancora in stato di buona salute, nelle disposizioni anticipate di trattamento (Dat) oppure, in condizione di malattia attuale, nella pianificazione condivisa delle cure (Pcc), realizzando un'alleanza terapeutica

fra medico e paziente. Si disapprova ogni forma di accanimento terapeutico, cioè trattamenti sproporzionati agli obiettivi della condizione clinica specifica e viene legittimata la sedazione palliativa, riconosciuta come una terapia farmacologica utile ed efficace, che si propone la riduzione o l'abolizione reversibile dello stato di coscienza, per alleviare qualsiasi sintomo, altrimenti intollerabile e refrattario alle terapie convenzionali. La sedazione palliativa non va confusa con l'eutanasia, da cui differisce nell'intenzione (il sollievo dalla sofferenza intollerabile contro l'uccisione del paziente), nella procedura (un farmaco sedativo per il controllo di un sintomo refrattario verso la somministrazione di un veleno letale) e nel risultato (il sollievo dal distress contro la morte immediata).

Purtroppo, nonostante i riferimenti normativi, come la legge 38/2010, i Livelli essenziali di assistenza (Lea, 2017) e la stessa legge 219/2017, osserviamo l'insufficiente applicazione delle cure palliative nel Sistema sanitario nazionale (Ssn), come hanno ammesso, lo stesso Pierpaolo Sileri, viceministro della Salute, e Vincenzo Morgante, presidente dell'associazione "Gigi Ghirotti" in occasione del-

la recente Giornata del sollievo. Malgrado la legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") stabilisca il diritto dei cittadini a ricevere terapie del dolore e cure palliative efficaci in tutti i settings assistenziali (domicilio, ambulatorio, hospice e ospedale) e i livelli essenziali di assistenza (Lea) lo prevedano dal 2017, le cure palliative, non vengono ancora erogate uniformemente in tutti i settings assistenziali, né viene garantita la continuità di cura, tutti i giorni della settimana h 24, né sussistono abbastanza équipe medico-infermieristiche territoriali dedicate e specializzate in cure palliative domiciliari. Questo avviene a causa dell'inadeguato investimento finanziario e organizzativo da parte dello Stato e delle Regioni.

Se, dal versante strettamente sanitario, il carente sviluppo delle reti di cure palliative, soprattutto domiciliari, è una delle cause del numero molto alto di persone, in condizioni terminali, che affollano i Pronto soccorso e che muoiono durante il ricovero in ospedale, dal punto di vista del dibattito sul fine vita, apre una breccia alle richieste eutanasiche da parte di un movimento che, a livello mon-



In Italia eutanasia e suicidio assistito non sono ancora legali

diale, afferma l'assoluta disponibilità e diritto di tutte le scelte nel fine vita comprese l'eutanasia e il suicidio assistito. Attualmente, l'eutanasia è legale in alcuni stati dell'America del Nord e dell'Oceania, in Olanda, Belgio, Lussemburgo e Spagna, mentre il suicidio assistito lo è negli stessi Paesi oltre che in Svizzera.

In Italia, eutanasia e suicidio assistito non sono ancora legali. Tuttavia il dibattito è acceso e, da circa vent'anni, le associazioni favorevoli all'eutanasia portano alla ribalta, con grande rilevanza mediatica, le esperienze di sofferenza di persone o familiari, che invocano l'eutanasia. I casi drammatici di Piergiorgio Welby, Eluana Englaro e più recentemente di Fabiano Antonacci, hanno portato a sentenze, richieste di referendum e proposte di legge a favore dell'eutanasia. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, definì l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice penale (assistenza al suicidio)

nel caso di persone tenute in vita da trattamenti artificiali, affette da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, pienamente capaci di intendere e di volere. Invece, in febbraio 2022, la Consulta bocciò il referendum abrogativo dell'articolo 579 del codice penale, che chiedeva di depenalizzare, in

«Preoccupa l'idea che la morte, sotto forma di eutanasia o suicidio assistito, sia equiparata ad un qualsiasi servizio erogabile dal Ssn»

particolari circostanze, l'omicidio del consenziente, perché non verrebbe garantita la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana. In marzo 2022, la Camera approvava il testo della proposta di

legge sulla morte volontaria medicalmente assistita, il cui ambito di applicazione riprende i casi previsti dalla precedente sentenza della Corte costituzionale. L'iter legislativo di questa proposta è ancora in corso.

In conclusione, l'implementazione uniforme delle cure palliative, garantite a tutti, secondo quanto previsto dalle leggi 38 e 219 e dai Lea, l'applicazione del consenso informato a qualsiasi trattamento, delle Dat e della Pcc rappresentano un sollievo alla sofferenza delle persone. Occorre molta prudenza e discernimento nella sospensione dei trattamenti di sostegno vitale nei pazienti, incapaci di intendere e di volere, in assenza di una chiara volontà, espressa in maniera incontrovertibile nelle Dat e nella Pcc. Infine desta preoccupazione l'idea che la morte, sotto forma di eutanasia o suicidio assistito, venga equiparata ad un qualsiasi "servizio" esigibile ed erogabile dal Ssn.

* oncologo

XX GIORNATA

Promuovere la cultura del sollievo

Lo scorso 31 maggio si è celebrata la Giornata nazionale del sollievo, istituita nel 2001 con direttiva del presidente del Consiglio dei Ministri per «promuovere e testimoniare, attraverso idonea informazione e tramite iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale in favore di tutti coloro che stanno ultimando il loro percorso vitale, non potendo giovare di cure destinate alla guarigione».

Tre gli enti promotori della Giornata: la Fondazione nazionale Gigi Ghirotti onlus, il Ministero della Salute, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con il sostegno dell'ufficio per la Pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana.



Curabitur nec neque eget