



LA SFIDA È ATTENUARE LA SOFFERENZA PSICHICA

Prof. Tonino Cantelmi, Associazione psicologi e psichiatri cattolici

Intervento

"Intorno alla metà di questo secolo, secondo tutte le previsioni, la classe dominante, in Occidente, saranno i vecchi. A meno di invasioni vincenti dei popoli poveri (poveri e giovani saranno, anzi già sono, ormai sinonimi), le persone dai settantacinque anni in su saranno più della metà della popolazione. Ripeto e sottolineo: più della metà della popolazione. Miliardi di dentiere batteranno il ritmo del tempo residuo, miliardi di pannolini assorbiranno le ultime acque di corpi disseccati. Un'umanità sfinita e transennata cercherà di protrarre oltre ogni logico limite il proprio potere. Ho qualche probabilità di farne parte, se tengo in ordine le mie arterie, la smetto di bere e fumare, evito i formaggi. Ma potrò fare tai chi in un parco, insieme ad altri cadaveri animati come me, senza che un cecchino del Fronte di Liberazione Giovanile, appostato su un tetto, mi centri in piena fronte? Ponendo fine, con un solo colpo bene assestato, alle mie pene e soprattutto alle sue?" (Michele Serra, Gli sdraiati, 2013).

Non ci sarà bisogno dei cecchini del Fronte di Liberazione Giovanile perché ci penserà l'eutanasia. Già in Olanda un quarto delle morti avviene attraverso eutanasia, suicidio assistito e privazione dell'idratazione e del cibo. Presto la forma di morte più frequente sarà l'eutanasia.

Prima di entrare in merito al tema dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito, sottolineo



l'importanza di dare piena attuazione alle Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Le persone che chiedono l'eutanasia o il suicidio medicalmente assistito devono avere garantita la *possibilità reale* di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. A questo riguardo occorrerebbe potenziare ulteriormente lo sviluppo delle reti di assistenza in cure palliative e terapia del dolore dell'adulto e del bambino, che presentano ancora forti disomogeneità a livello regionale e locale, per evitare che le persone non abbiano alternativa alla propria *sofferenza globale*, se non richiedendo la morte. Occorrerebbe anche sensibilizzare la popolazione sull'esistenza delle cure palliative e della terapia del dolore, in modo che possano ricorrervi dalla notifica di una prognosi infausta e non soltanto nelle fasi terminali del ciclo di vita. Gestire il dolore fisico è possibile, da parte delle strutture apposite, gestire quello emotivo ed affettivo è più complesso.

Come psichiatra e psicoterapeuta voglio mettere a tema del dibattito il ruolo dei vissuti emotivi della persona che chiede di anticipare la propria morte.

La sofferenza fisica è accompagnata sempre dalla *sofferenza psichica*, emotiva ed esistenziale della persona che vive una patologia inguaribile e in fase terminale. La letteratura scientifica ci suggerisce che una grave malattia, e a maggior ragione una malattia presentata come inguaribile, sia un *fattore di rischio per la depressione*. Nella depressione la persona si sente spesso disperata e inaiutabile e può arrivare ad avere pensieri ricorrenti di morte e di suicidio in relazione alla convinzione che, in quelle condizioni di vita, non valga più la pena vivere.

Occorre sviluppare un modello per la prevenzione del suicidio per le persone che vivono un dolore mentale insopportabile e sono quindi portate a vedere la morte come il rimedio più adeguato per il proprio dolore emotivo intollerabile.

È in vigore dal 31 gennaio 2018 una legge sul fine vita, Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, che regolamenta norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. Nonostante le rassicurazioni volte ad evitare una deriva verso trattamenti eutanascici, a distanza di poco tempo dall'approvazione della legge, il Parlamento è posto davanti ad una nuova ordinanza.



La via di intervento più consona, a mio avviso, sarebbe quella di porre una maggiore attenzione, non tanto sulle modalità di interruzione della vita nel caso di malattie progressive e degenerative, quanto sull'attenuazione della condizione di sofferenza psico-fisica del paziente in fase terminale. È, dunque, di fondamentale importanza garantire un'attività assistenziale ai malati gravi mediante adeguati trattamenti sanitari, come le cure palliative e gli interventi di sostegno psicologico.

La dignità della morte e del morire

è un fatto che riguarda l'umano, una responsabilità nella crescita del vivere civile, in cui l'obiettivo è assumere una posizione che consenta all'uomo di oggi di esercitare fino in fondo il diritto costituzionale al benessere.

La mia riflessione pone a tema la questione della libertà: di che libertà parliamo quando equipariamo il vivere e il morire?

Quando una persona si trova a non ricevere il sollievo delle cure per il dolore e/o il sostegno sociale? Di che libertà parliamo quando una famiglia è sola e a prevalere sono la solitudine, la disperazione, la depressione e l'abbandono?

È con viva preoccupazione che segnalo il fatto che decisioni così divisive non prevedono la possibilità dell'obiezione di coscienza degli operatori sanitari. Come medico, rivendico la libertà di opporre l'obiezione di coscienza a procedimenti volti a procurare direttamente e intenzionalmente la morte.

In questa prospettiva, l'appello rivolto alla comunità tutta è di unirici per costruire insieme una società non cinica, ma solidale in cui tutte le vite sono degne di essere vissute.



Prof. Tonino Cantelmi