



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

SIMPOSIO

I RISVOLTI ASSISTENZIALI DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELL'ANZIANO

La cura nella fase terminale della vita: processi di comunicazione e di accompagnamento nel percorso del morire

Caring in the terminal illness: communicating and accompanying through the dying experience

M. PETRINI, F. CARETTA, R. BERNABEI

CEPSAG - Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

The peculiar characteristic of death today is that the dying process is notable "prolonged" due to the increase of chronic and degenerative diseases and the progress made in medicine's therapeutic means. It is a question, then, of accompanying an old person towards the end of life, with the conviction that the value of human life remains integrally the same in all its aspects and stages even when physical conditions continue to deteriorate. Assistance, therefore, takes on the significance of accompanying a person by sharing his or her pain and suffering. These are prospects which may not taken into consideration in a purely technological concept of assistance. Many of the elderly speak much more readily and freely of their death than expected; generally, they seem not to express a pathological fear of death which, in fact, is mitigated by the frequent thought of seeing their dead loved ones again. It is indispensable to form all professional workers accordingly, making them start from a correct vision of the elderly and the process of ageing.

Key words: Terminal care • Accompanying the dying

Introduzione

L'aspetto nuovo che oggi caratterizza il morire è il fatto che, per l'aumento delle malattie croniche e degenerative e grazie agli attuali progressi terapeutici il processo del morire subisce un notevole "prolungamento". La sfida è tra due strategie alternative nella fase terminale della malattia: a) da una parte la strategia della negazione e del controllo che consiste nel proteggere ad ogni costo il malato dalla consapevolezza della morte e nel concentrare ogni sforzo assistenziale nella lotta contro la morte; b) dall'altra, invece, la strategia dell'accompagnamento che consiste nel riconoscere i limiti della medicina, spostando lo sforzo terapeutico dal "guarire" al "prendersi cura".

La persona anziana di fronte alla morte

Si è affermato che la principale speranza per l'anziano è quella di stare bene in salute, il principale timore quello di ammalarsi; la persona anziana vede già nella ma-

■ Corrispondenza: prof. Massimo Petrini, CEPSAG - Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", largo Francesco Vito 1, 00168 Roma, Italy - Tel. +39 06 30154916 - E-mail: massimo_petrini@rm.unicatt.it



lattia il suo primo nemico, avverte dolorosamente di essere più esposta alla malattia che in qualunque altro periodo della vita, anzi con il passare del tempo finisce per considerare la malattia come parte integrante di se stessa. Se infatti fino ai sessant'anni la malattia viene vissuta come un'aggressione – la malattia è l'insediamento nel corpo di un "nucleo cattivo" e contro questo insediamento si lotta, per espellerlo – nell'età anziana invece la malattia viene vissuta come qualcosa di intrinsecamente connesso al corpo, come qualcosa di ineluttabile. La malattia può significare la perdita della propria autonomia, il dover dipendere da altri nella solitudine. È in questa progressione di preoccupazioni che la morte interpella la persona anziana. L'imminenza della morte è anche la sensazione che la persona anziana riceve dalla morte del coniuge e dei suoi coetanei. Tutto questo contribuisce a determinare quell'atteggiamento di distacco, che in età avanzata porta a vivere sempre più proiettati non già verso il futuro, ma sempre più verso il passato. Inoltre, spesso l'attenzione dell'anziano si sposta verso un mondo escatologico di congiunti e parenti defunti: inizia così il cammino verso la morte.

L'atteggiamento della persona anziana nei confronti della morte è fondamentale anche ai fini di una rilevazione dei bisogni e delle necessità assistenziali. Si è affermato che "la tanatologia oggi possiede molti elementi in comune con la gerontologia. Entrambe hanno competenze interdisciplinari che richiedono un'ampia varietà di problemi" ¹.

Inoltre "nella pratica si può constatare, se pur in una generalizzazione, che la morte è gestita dalla geriatria perché si muore sempre più anziani e perché si muore soprattutto per "malattie povere di soddisfazione", che diventano sempre più peculiari del geriatra "abituato a curare malati sgradevoli" ².

In tale ambito, allora, una questione fondamentale da porsi è che cosa l'anziano crede o pensa dell'evento morte: ovviamente occorre tener conto della singola individualità, nonché dell'impossibilità di una generalizzazione, poiché gli anziani costituiscono un gruppo di popolazione eterogeneo, in cui si possono individuare almeno tre fasce di età, con esigenze e bisogni molto diversi. La stessa differenza di sesso incide notevolmente sulle necessità assistenziali.

Un dato comunque sembra certo: molti anziani sono disposti a parlare della morte più liberamente di quanto si creda e mostrano di non temere questo evento presentando un sentimento di paura della morte apparentemente meno evidente che nel giovane ³. Si può dire che le concezioni sulla morte vanno dal vederla come nemica, straniera, come

un fallimento, al sentirla come un fatto intimo, come una riunione a parenti già defunti, come una naturale conseguenza dell'aver vissuto.

Spesso poi non è tanto l'evento morte che preoccupa la persona, quanto piuttosto la paura collegata al processo del morire nel dolore e, soprattutto, nella solitudine. Per questo molti anziani affermano che è preferibile morire piuttosto che vivere una lenta, dolorosa, agonia solitaria.

Osservando ora l'atteggiamento della persona anziana nella fase terminale di una patologia, si può notare come spesso alla consapevolezza della morte imminente si accompagni la perdita del desiderio di vivere e quasi il tentativo di affrettare la morte rifiutando le terapie, già a cominciare dall'alimentazione. Viene il momento, infatti, in cui la persona anziana sembra decidere di morire, di rompere i legami con la vita, con una motivazione che è generalmente di stanchezza. Una conseguenza del dover morire espressa dalle affermazioni tipiche: "ne ho passate tante, ma stavolta ..., non credo che ne uscirò ..., questa volta no ..., sono stanco ...".

In particolare, gli anziani che vivono in istituzioni geriatriche possono assumere spesso atteggiamenti di tanatofilia: l'anziano molto vecchio, solo, prostrato dagli anni e dalle patologie, sembra invocare con frequenza la morte, che viene anticipata e quasi cullata in tanti attimi di vuoto esistenziale.

Queste sono affermazioni molto importanti, perché possono esprimere il desiderio di parlare della morte, di condividere con altri le proprie paure, ma molte volte sono appelli inascoltati da parte degli operatori professionali.

Gli anziani, quindi, non sembrano dimostrare generalmente un'ansietà o un'angoscia diffusa nei riguardi della morte, questo però se le loro abitudini e condizioni di vita sono stabili. Se interviene una crisi, come ad esempio il ricovero in un'istituzione di cura o in un'istituzione geriatrica, questo li porta a porre nuovamente in discussione gli interrogativi connessi alla morte ⁴.

In conclusione, le necessità peculiari della persona anziana morente nascono da un triplice ordine di fattori:

- le persone anziane sono più soggette a patologie croniche, specialmente cardiovascolari e a malattie oncologiche;
- particolare è lo stesso supporto familiare affettivo che l'anziano può ricevere: per gli uomini è affidato prevalentemente alle mogli, anch'esse anziane; per le donne, spesso già vedove, è affidato ai figli già adulti, se non anziani essi stessi. Non dimenticando anche le situazioni di solitudine delle istituzioni geriatriche;

- gli anziani tendono a vedere la morte imminente come un qualcosa che è stato anticipato, in molte situazioni di perdita, lungo tutto l'arco della vita.

Questi aspetti: "cause di morte, supporti familiari, solitudine, percezione del futuro" possono essere ritenuti emblematici del vissuto della persona anziana e vanno quindi tenuti presenti in una assistenza centrata sulla persona.

Il processo assistenziale

Il binomio morte/istituzione è meno scontato di quel che potrebbe sembrare, è spesso rimosso dagli operatori sanitari che si confrontano col proprio lavoro nell'ottica tradizionale del "guarire" gli ammalati.

Tuttavia, questi operatori devono accompagnare il loro paziente fino alla morte, in un cammino che, in particolare nella malattia oncologica, è una sequela di avvenimenti collegati fra di loro che inizia con i primi segni della malattia, prosegue poi con l'ospedalizzazione, con i trattamenti, la convalescenza, la remissione, per concludersi infine con la recidiva, l'eventuale ospedalizzazione e/o l'assistenza domiciliare, ed eventualmente con la morte. La diagnosi rappresenta solo il primo anello di questa lunga catena.

L'obiettivo terapeutico

Nell'assistenza al morente l'operatore si trova a doversi confrontare con interrogativi personali quali ad esempio:

- se il curare viene tradizionalmente inteso come intervento terapeutico teso a guarire, come si ritiene possibile un intervento terapeutico in una realtà che è inguaribile e strutturalmente irreversibile?
- come riuscire a realizzare una presenza capace di "confermare" l'altro nel suo valore e nella sua dignità?

È in questa prospettiva che occorre riconsiderare l'obiettivo terapeutico nell'assistenza alla fase terminale della malattia: anche in questo contesto assistenziale si può parlare, almeno in senso lato, di guarigione. Infatti, come lo stesso concetto di salute deve essere inteso in senso dinamico - cioè come la ricerca continua di un equilibrio all'interno della persona, fra corpo, psiche e spirito, e all'esterno, fra la persona, gli altri e l'ambiente, nonché con Dio o con il destino - così per guarigione si de-

ve intendere anche la pacificazione psicologica, la forza interiore, il coraggio, la forza morale, la capacità di non andare alla deriva anche se il corpo si sgretola. È evidente che non sempre questo obiettivo potrà essere integralmente perseguito; si può morire anche nella disperazione, rimane però l'obiettivo di una relazione di aiuto, propria di ogni operatore sanitario. Da tutto questo scaturisce la necessità di un approccio di cura dominato da una preoccupazione olistica nei confronti della persona malata.

In un senso più ampio l'assistenza al malato terminale è costituita dall'interazione dei seguenti elementi:

1. soggetti
 - la persona morente, la famiglia, gli operatori professionali, l'operatore pastorale, i volontari;
2. modalità
 - cammino di condivisione e di accompagnamento;
3. oggetto di cura
 - il processo del morire, cioè quel cammino che la persona deve compiere fino al momento dell'exitus;
4. luoghi di cura
 - casa, ospedale, hospice, istituzione geriatrica, altri;
5. obiettivi:
 - aiutare la persona morente a trovare la capacità, la forza, la spiritualità per affrontare e gestire la sua situazione.

Questo processo terapeutico che vede la persona del malato come primo destinatario, deve essere però indirizzato anche al supporto della famiglia, quando esiste, poiché è tutto un nucleo familiare che viene turbato dalla malattia.

Il malato e la sua famiglia devono vivere un continuo adattamento alla loro realtà, in uno stato di malattia che modifica profondamente la persona umana, e gli stessi rapporti familiari. Il malato è un uomo talmente diverso da quando era sano che spesso gli stessi parenti sopportano male la vista del loro congiunto, della sua trasformazione e della sua sofferenza.

Comunicazione e accompagnamento nel percorso del morire

Quando si parla delle necessità assistenziali del malato e della sua famiglia occorre parlare del "dolore totale"⁵, cioè di quel dolore che è la risultante del dolore fisico, che peraltro non è solo uno stimolo nocicettivo ma una complessa percezione psicoso-

matica, nonché di quelle reazioni di ansia, depressione, collera che possono caratterizzare lo stato di grave malattia.

È naturale che propedeutica ad ogni intervento, sia la lotta al dolore fisico. Il processo terapeutico deve aiutare la persona malata, per quanto possibile, a rimanere costantemente soggetto della sua situazione di vita e collaboratore delle modalità terapeutiche. Ma per far questo occorre che al malato sia riconosciuto il diritto fondamentale a conoscere la sua situazione.

Afferma l'articolo 29 del Nuovo Codice Italiano di deontologia medica che il medico, tenendo conto del livello di cultura e delle capacità di discernimento, ha il dovere di dare al paziente la più serena informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e loro conseguenze, nella consapevolezza dei limiti e delle conoscenze mediche, nel rispetto dei diritti della persona e al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche, pur dovendosi valutare in base alla reattività del paziente, l'opportunità di non rivelare al malato o di attenuare una prognosi grave o infausta, nel qual caso dovrà essere comunicata ai congiunti. In ogni caso la volontà del paziente liberamente espressa deve rappresentare per il medico elemento al quale ispirare il proprio comportamento.

Tuttavia alla tendenza ancora presente di nascondimento della prognosi, può collaborare anche il familiare, che molto spesso è il primo a non volere che il congiunto venga a conoscenza delle sue reali condizioni. Ma questa congiura del silenzio, che trova una prima motivazione anche nelle implicazioni personali di coloro che dovrebbero comunicare, può costringere il malato a recitare la commedia della guarigione fino all'ultimo, senza la possibilità di esprimere le proprie paure e le proprie ansie, rendendo sterili i rapporti con gli stessi familiari. Non ci si dovrebbe tanto porre il problema se informare il morente, quanto piuttosto vedere se esistono controindicazioni a questa informazione, tenendo presente che, in generale, è un diritto inalienabile di ciascuno quello di essere informato sulla propria situazione clinica, come peraltro oggi è attestato dalla pratica del "consenso informato".

Notiamo però che l'antitesi non deve essere intesa in modo così netto fra dire o non dire, poiché si può essere altrettanto non rispettosi della persona comunicandogli brutalmente una verità; piuttosto, la reale situazione va chiarita al paziente senza traumatizzarlo psicologicamente, il discorso va variato a seconda del suo grado di cultura, delle sue con-

dizioni fisiche e psicologiche generali e del supporto psicologico che i familiari possono dargli. È pertanto regola tassativa dei curanti dire la parte della verità che il paziente "oggi" può recepire, con le parole idonee a fargliela recepire né più grave, né più lieve della realtà, rimandando ai colloqui successivi la comprensione della verità nella sua interezza (o perlomeno nelle caratteristiche oggi note al medico). Altrettanto tassativa è la regola di non dire mai nulla di falso all'ammalato⁶.

Questo sposta quindi l'attenzione più opportunamente dalle modalità di informazione a quelle di una comunicazione, nella prospettiva di un "accompagnamento" e di una "condivisione". L'essere umano che è vicino al morente, medico o infermiere o operatore che sia, deve dare innanzitutto la sua presenza e tutta la sua capacità di ascolto. Se il malato è ascoltato, è spesso lui a trovare dentro di sé quel tanto di verità di cui ha bisogno e per cui ha il coraggio. Si è affermato che la verità non sempre è fatta di parole, è una progressiva percezione, un progressivo avvicinamento, una progressiva accettazione. Molte volte, inoltre, la sensazione che il malato non si accorga di nulla, è più una sensazione desiderata e gratificante per coloro che lo circondano, che un evento reale. La maggior parte dei malati sente l'approssimarsi della morte. Il malato lo avverte dai segnali che gli vengono dal corpo e dalle fonti informative che sono intorno a lui, alle quali chiede la conferma dei suoi dubbi e delle sue angosce. È per questo che all'impegno etico per gli operatori sanitari della preparazione scientifica, si pone il dovere di una preparazione e formazione umana, in particolare in un momento culturale nel quale la sofferenza sembra aver perso ogni significato, e la preparazione professionale sembra avere una valenza quasi esclusivamente tecnica. In particolare, nell'assistenza del malato terminale, occorrerà sempre più un'assistenza erogata da un'équipe multidisciplinare (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, fisioterapista, esperto nutrizionale, terapeuta occupazionale, volontario, cappellano, ecc.) particolarmente preparata al controllo della sintomatologia dolorosa e dello stress psico-fisico-spirituale.

Norma fondamentale per l'efficacia terapeutica dell'équipe è che i membri debbono accettare che nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dato che tutti in qualche modo dipendono dalla cultura e dalla competenza degli altri colleghi. L'équipe potrà fornire una particolare risposta assistenziale ai particolari bisogni di un malato, ma dovrà supportare primariamente i suoi stessi membri. L'assistenza al malato terminale può divenire nel

tempo emotivamente impegnativa - basti pensare ai legami emotivi, pur empaticamente e professionalmente vissuti, che una frequentazione di un malato nel tempo può suscitare - le riunioni d'équipe allora potranno essere terapeutiche per la salute emotiva dell'équipe stessa. Il lavoro svolto da ogni membro, se coordinato e supportato, può diventare occasione di crescita personale e professionale. È quello che attestano le varie esperienze internazionali e nazionali che si sono intraprese in questo ambito.

Il processo di accompagnamento.

In sintesi, allora, parlare dell'assistenza alla persona anziana nella fase terminale della malattia, significa primariamente evocare due principi: il primo che il paziente è una persona che deve essere aiutata a vivere un momento drammatico della sua vita, nella convinzione che la vita umana conserva integralmente il suo valore anche quando le condizioni fisiche tendono ad essere sempre più deteriorate. Il secondo principio è che assistere significa accompagnare una persona in un cammino di condivisione del suo dolore e della sua sofferenza verso il termine della sua vita terrena.

Accompagnare qualcuno però non vuol dire precederlo, indicargli la strada, imporgli un itinerario, e neppure conoscere la direzione che egli sta per prendere, ma piuttosto camminare al suo fianco, lasciandolo libero di scegliere la sua strada e il ritmo del suo passo. Un cammino che è spesso descritto come una "situazione senza speranza", eppure è una situazione nella quale è necessario mantenere un delicato equilibrio fra una realistica speranza ed una accettazione dell'inevitabile.

Un cammino che può essere incerto, lungo, caratterizzato da dubbi, da rifiuti, da momenti in cui si segna il passo o si torna indietro, e nel quale il malato grave deve affrontare una dura fatica: deve distaccarsi da tutto ciò cui si è legato durante la vita, deve elaborare il suo lutto. Il malato, però, deve confrontarsi con gli interrogativi più gravi proprio nel momento in cui la struttura intellettuale e spirituale può vacillare.

Si tratta allora di aiutare il malato e i suoi famigliari a reagire all'esperienza della malattia attraverso la ricerca di un significato nell'esperienza. Quel significato che già orienta i valori personali e la scelta etica nella vita "in salute", e la cui ricerca aumenta la sua importanza di fronte ad una malattia pericolosa per la vita. In una prima approssimazione si può dire che il bisogno psicologico e spiri-

tuale può concretizzarsi nella necessità di dare e ricevere amore, nello sperimentare la speranza, e nel dare un significato alla vita, alla malattia ed alla morte, in una situazione ove fattori quali dolore, ridotta autostima, isolamento, impotenza, disperazione, collera, possono influenzare la capacità di una persona di affermare il valore del momento che sta vivendo.

Occorre ancora sottolineare che per assistere efficacemente un morente, si deve essere primariamente preparati a confrontarsi con il significato del proprio morire e della propria morte; solo se si è elaborato personalmente questo significato, si può sperare di essere di aiuto e di supporto a quelli che si trovano nella "valle della morte".

Inoltre questa relazione di aiuto dovrebbe essere iniziata già nel tempo, poiché uno "straniero" che arriva sulla scena dei momenti finali della malattia, può essere non solo disturbante ma distruttivo della pace mentale del morente.

Questo approccio olistico tiene conto che la persona umana ha tre bisogni fondamentali, che non sono in ordine gerarchico né separati l'uno dall'altro, ma in stretta relazione secondo i diversi gradi e le modalità di comportamento:

- un bisogno di scambio biofisico: le persone hanno bisogno di aria, cibo, acqua e le loro possibilità dipendono già da un coerente appagamento di questo interscambio: non si sarà capaci di essere se stessi con una scarsa nutrizione o un'eccessiva libagione, se si è troppo stanchi o troppo malati. Questo scambio biofisico significa anche il bisogno di incontrare l'altro, poiché l'esperienza della presenza dell'altro aiuta ad essere se stessi e ad affermare il senso della propria esistenza;
- un bisogno di scambio psicosociale: dare se stesso agli altri attraverso il lavoro e l'amore è la necessità di ogni persona. È col dare che ci si mantiene in se stessi psicosocialmente attivi, è col sentirsi amati che si acquista confidenza in se stessi per dare di più agli altri. Se le persone non lavorano o non possono più lavorare, per malattia o per handicap, devono essere capaci di sostituire la loro vita di lavoro con un maggior grado di amore, e questo in tutte le fasi dello sviluppo umano;
- un bisogno di scambio spirituale: si ha bisogno di comprendere e sentire l'esistenza umana attraverso un'interazione e uno scambio che va oltre le realtà biofisiche e psicosociali. Si ha bisogno di comprendere e sentire integrata la propria esistenza in un ordine assoluto, che potrà essere la propria coscienza, Dio, la natura, ecc.

L'incontro con la situazione di vita di una persona che soffre evidenzia una dimensione particolare, al di là delle dimensioni fisiche e psicologiche dell'esperienza umana, nella quale i parametri di benessere e di sofferenza non si correlano soltanto alla mente o al corpo. Questa dimensione è quella dello spirito umano, che trascende la vita quotidiana ed è correlato con qualcosa di più grande: Dio, l'universo e la natura. In questa dimensione spirituale, il benessere della persona non si basa solo sul controllo del dolore o dell'ansia o di altri sintomi, almeno primariamente, ma dipende fondamentalmente dalla risposta esistenziale della persona⁷.

La dimensione spirituale, infatti, può essere delineata come il bisogno di significato, di scopo, di realizzazione che connota la vita umana, la speranza e la volontà di vita, le convinzioni, la fede. Ancora, si può definire la spiritualità come "l'insieme delle aspirazioni e delle convinzioni che organizzano in un progetto unitario la vita dell'uomo, da una parte e, dall'altra, l'insieme delle reazioni e delle espressioni personali in cui si concretizza quel progetto di vita"⁸.

In sintesi, "salvare la propria anima" o "costituire un anello dell'evoluzione" possono rappresentare, agli antipodi, le due espressioni limite di questo bisogno di scambio spirituale.

In questo viaggio nel "proprio intimo" il malato ripercorre tutta la sua vita, deve "ripensare" il passato, gli eventi, le figure importanti, ma anche aspettative non soddisfatte, omissioni, azioni riprovevoli. Da questo dolore spirituale nasce nel morente il desiderio di perdonare e di essere perdonato, anche dagli stessi famigliari, e il desiderio di trovare una speranza per la propria vita, oltre i dubbi angoscianti quali: la morte porrà un termine definitivo? esisterà una continuità - "un dopo" - della propria esistenza umana?

Quesiti questi che interpellano anche il credente, poiché la sofferenza e la morte sono una prova anche per la fede.

In questa ricerca il morente "oscilla" fra due atteggiamenti, una tensione fra il "trattenersi" e il "lasciarsi andare": quando prevarrà quest'ultimo atteggiamento il morente avrà raggiunto la sensazione che il suo destino si stia compiendo e sia inutile resistere all'ordine naturale dell'universo.

Questi bisogni potranno essere recepiti solo se ci si porrà nei confronti della persona che soffre in un atteggiamento di ascolto. Non sono tanto necessarie le parole e i consigli quanto un atteggiamento di accoglimento, poiché accogliere significa far dono di spazio e di tempo perché l'altro possa usarli in piena libertà. Ma cosa significa "ascoltare"? Se "udire" si svolge e si esaurisce a livello fisiologico della funzione uditiva e si attua anche senza o contro l'intenzione o la volontà della persona, ascoltare è l'atto spirituale che fa percepire non solo le parole ma anche i pensieri, lo stato d'animo, il significato personale e più nascosto del messaggio che ci viene trasmesso. Ma per ascoltare è necessario che ci si stacchi dai propri interessi e dai propri schemi di pensiero e di vita, per introdursi gradatamente e con rispetto nel mondo dell'altro. Un ascolto che non si limita alle parole, ma alla persona nella sua totalità: intelletto, affettività, posizioni del corpo, espressioni del viso, atteggiamenti, sguardi, rapporti con i suoi familiari.

Così l'accoglienza dell'altro sarà in grado di restituire alla persona che soffre le sue emozioni attenuate nella loro drammaticità, mentre questo scambio profondo di parole e di emozioni, costituirà per l'operatore una nuova e preziosa esperienza di vita. Una medicina attenta alla persona "è anche una medicina della persona dell'operatore e non solo della persona malata".

Conclusioni

Curare la persona che sta morendo è anche un fatto paradossale poiché l'operatore deve sia impegnarsi nella relazione di aiuto sia disimpegnarsi emotivamente nella prospettiva della morte imminente. Operatori professionali e familiari devono vivere nella contraddizione di fornire conforto e migliorare la qualità di vita mentre comprendono e si preoccupano della morte.

La relazione con un morente ha significati e dimensioni che non esistono in nessuna altra relazione. Il rapporto con il malato nella fase terminale della malattia diviene quasi il rapporto con la propria morte. Bisogna assistere il malato nel momento della morte con la consapevolezza di essere mortali.

L'aspetto che oggi caratterizza il morire è il fatto che, per l'aumento delle malattie croniche e degenerative e grazie agli attuali progressi terapeutici il processo del morire subisce un notevole "prolungamento". Si tratta allora di accompagnare una persona anziana fino al momento dell'exitus nella convinzione che la vita umana conserva integralmente il suo valore anche quando le condizioni fisiche tendono a divenire sempre più deteriorate e che assistere significa accompagnare una persona in un cammino di condivisione del suo dolore e della sua sofferenza. Prospettive che possono non essere considerate in un'ottica pretta-

mente tecnologica dell'assistenza. Molti anziani sono disposti a parlare della morte più liberamente di quanto si creda e generalmente non sembrano evocare un sentimento patologico di paura della morte, mitigata infatti da una sua frequente concettualizzazione quale quella di rivedere i propri cari già defunti. Indispensabile è una coerente formazione di tutti gli operatori professionali, già a partire da una corretta visione dell'età anziana e del processo di invecchiamento.

Parole chiave: Malato terminale • Relazione assistenziale

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Kastenbaum R. *Thanatology*. In: Maddox GL, eds. *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer 1987:665.
- ² Antico L. *Prefazione*. *Anziani Oggi Quaderni* 1989;3:154.
- ³ Per una rassegna delle ricerche sugli atteggiamenti della persona anziana verso l'evento morte si rimanda a: Petrini M, Caretta F, Antico L, Bernabei R. *L'accompagnamento della persona anziana morente*. Roma: CEPSAG/Università Cattolica del Sacro Cuore 1994:17-42.
- ⁴ Una recentissima ricerca del Censis "Terza età una risorsa da valorizzare, un mondo da scoprire" ha rilevato una paura della morte tra le persone anziane tra il 34 e il 42%.
- ⁵ Saunders CM. *The Management of Terminal Disease*. London: Arnold 1984.
- ⁶ Romanici A. *Compendio di Radiologia Oncologica Integrata*. Firenze: USES 1990:25.
- ⁷ Caretta F, Petrini M. *Ai confini del dolore Salute e malattia nelle culture religiose*. Roma: Città Nuova 1999.
- ⁸ Brusco A. *L'accompagnamento spirituale del morente*. Camillianum 1996:12-59.