

QUANDO LA MORTE SI AVVICINA

Il Medico e soprattutto il Geriatra dovrebbero riconoscere questo momento inevitabile della vita; per il Medico si tratta di porre una vera e propria diagnosi, importante per decidere cure e comportamenti di qualità (<https://www.farmacocura.it/tumore/malati-terminali-e-cure-palliative-quando-la-vita-finisce/>). Sono disponibili strumenti anche in forma di applicazioni che aiutano a formulare una prognosi più precisa, ma non sempre; la diagnosi di *dying* è comunque argomento fondamentale della Geriatria che riguarda anche la qualità delle cure prestate e che può evitare l' accanimento terapeutico e le cure futili che purtroppo sono ancora praticate (<https://www.geripal.org/>). E' anche il momento di assecondare le eventuali scelte dell' anziano per la fase terminale della sua vita.

Il desiderio di vivere la terminalità deve essere considerato anche nei malati gravi che a volte chiedono di poter vivere la fase finale della loro vita. La possibilità di vivere dipende da quella di esprimere i propri reali sentimenti: rifiuto-negazione, rabbia-collera, negoziazione-patteggiamento, depressione-disperazione, accettazione-accoglienza.

Può persistere il bisogno di percepire la stima per la propria persona a condizione che le funzioni cognitive non siano troppo compromesse: il senso di svalutazione provocato dal crescente peso dei mali è avvertito dal malato: serve grande sensibilità di chi lo assiste, ma non sempre è così. Nel malato terminale il ragionamento logico è perturbato: emerge una sorta di "coscienza affettiva"; le parole diventano povere. È il tempo in cui serve semplificare le cose; è il tempo della tenerezza attraverso gli sguardi, il sorriso, le carezze e così via.

Il bisogno spirituale emerge sempre, in modo variabile: perché sto soffrendo? Qual è il senso di tutto questo? Che cosa ho fatto di male? Non è sempre necessario dare risposte di contenuto, è importante "esserci", poiché il travaglio spirituale ha bisogno di un testimone.

Sul British Medical Journal è stata pubblicata una testimonianza sul tema: *Why is dying not seen as a diagnosis?* Il contributo (vedi [qui](#)) evidenzia la rilevanza che la fase premoriente sia oggetto di acume diagnostico e di comportamenti e decisioni mediche di qualità, competenti ; è un settore molto ampio della medicina che si realizza nei diversi setting; il suo obiettivo non è soltanto quello di lenire il dolore.

Sul [BMJ](#), Audrey Chia spiega perché vedere la morte come diagnosi è importante per i pazienti alla fine della loro vita, ed evidenzia come si necessario acume diagnostico unito a comportamenti e decisioni mediche di qualità e competenti (vedi [qui](#) e anche [qui](#)). *“Mia madre”,* racconta l’autrice, *“è stata affetta da artrite reumatoide da quando aveva vent'anni ed è portatrice di protesi articolari alle ginocchia e ai gomiti. Dopo una serie di infezioni all'età di 70 anni, le protesi furono tutte rimosse per salvarle la vita; non poteva più camminare o nutrirsi. Mia madre ha chiesto di essere assistita in una struttura. Anche se in seguito ha avuto un cancro e un ictus minore, era generalmente di buon umore. Una domenica mia madre ha rifiutato i suoi noodles piccanti preferiti: ha commentato che tutto aveva un sapore peggiore di prima. La settimana successiva, ha rifiutato il un altro dei suoi piatti preferiti, il brasato di maiale con verdure. Mia madre non poteva deglutire; provava nausea, come se qualcosa le premesse contro la gola. Mi disse con calma che sarebbe morta presto. Ho portato mia madre da un Medico che la conosceva bene e di cui si fidava. Gli occhi di mia madre non scintillavano più. Sembrava stanca, magra e fragile. I medici erano profondamente preoccupati e l'hanno ricoverata in osservazione. Abbiamo discusso le possibili cause ed è iniziata la batteria di test. Il team medico ha svolto diligentemente le indagini, ma mi ha turbato il fatto che sembrava esserci poco pensiero o dubbio sul fatto che i test fossero ragionevoli ed appropriati per le sue condizioni cliniche. Tutti i test e i trattamenti le hanno causato dolore. Mia madre era così magra che ogni tentativo di prelevare sangue o di inserire una flebo provocava disagio e dolore. Sembrava esserci poca*

considerazione dei mezzi alternativi per ottenere le informazioni cliniche utili e necessarie. Continuavo a chiedermi se c'erano modi meno invasivi o dolorosi per aiutare mia madre.

Dopo due mesi non c'era ancora diagnosi utile e le condizioni di mia madre non erano migliorate, anche dopo gli sforzi da parte dell'équipe medica. Con mia sorella e un caro amico, ho deciso di interrompere il trattamento di mia madre; mia madre mi aveva incaricato di prendere le sue decisioni per lei, in parte perché non parlava molto l'inglese, e anche perché sentiva che io ero in grado di prendere queste decisioni per lei; questo è comune a Singapore, dove vivo.

Le flebo, gli esami del sangue, le scansioni e i tentativi di endoscopie furono interrotti: era ora di tornare a casa. Il suo team medico ha trovato questa decisione difficile da accettare; ci furono insistenze per convincerla a fare altri accertamenti. Dissi loro che mia madre aveva sofferto abbastanza e aveva bisogno di riposare. Così ha potuto ricevere le cure palliative ed è morta pacificamente una settimana dopo.

Durante il ricovero ho avuto un buon rapporto con i medici di mia madre che mi hanno informato su tutto. Ma le uniche volte in cui abbiamo discusso della morte e del morire era stato prima dei suoi interventi chirurgici. Forse, nella nostra mente, morire era qualcosa che sarebbe accaduto all'improvviso durante un intervento o in altra occasione. Non avevamo immaginato che potesse invece accadere gradualmente, nell'arco di diversi mesi. Si dovrebbero considerare le traiettorie degli eventi di varia natura biologica e psicologica. Come mai non ci siamo accorti che mia madre aveva ragione? I suoi sintomi erano compatibili con la prossimità della morte. Forse non eravamo disposti ad accettare la morte perché non fu posta la diagnosi; abbiamo imparato che anche "morire" è una diagnosi".

Cosa si dovrebbe sapere per realizzare questo obiettivo?

- Riconoscere quando un paziente sta morendo e avere conversazioni aperte: l'esperienza clinica del medico è fondamentale così come la qualità dell'ambiente curativo; aiuterà i pazienti e le loro famiglie a prepararsi meglio e a sentirsi coinvolti e partecipi;

- La comprensione dei valori, degli obiettivi e delle preferenze di un paziente contribuirà a garantire che l'assistenza sia appropriata nel tempo e in linea con i suoi desideri;
- Garantire che i pazienti e le loro famiglie siano coinvolti nel processo decisionale su quali accertamenti e anche terapie dovrebbero essere condotti

Le raccomandazioni pratiche sono:

- Pensa a un paziente affidato alle tue cure che si sta avvicinando alla fine della vita: come potresti capire meglio le sue esigenze e preferenze riguardo alle terapie?
- Come affronteresti una conversazione sulla morte e il morire con un paziente e la sua famiglia?
- Come potete assicurarvi che i pazienti e le loro famiglie siano coinvolti nel processo decisionale sulle cure e gli accertamenti e che il loro contributo sia preso in considerazione?

Si deve considerare che ancora tanti pazienti muoiono in modo poco dignitoso con sintomi non adeguatamente controllati; sembra che il tempestivo trasferimento delle pratiche palliative a tutti i setting sia da realizzare con maggiore rapidità; diagnosticare il dying diventa quindi un importante clinical skill anche in medicina generale e nel setting cure primarie; e così obiettivi educativi e formativi riguardanti questo skill devono essere incorporati in tutti i settori sanitari; risorse devono essere disponibili affinché ogni paziente, anche anziano, muoia con dignità in un setting gradito e confortevole; dovrebbero essere disponibili indicatori nazionali riguardanti queste procedure per essere monitorate.