



7° corso per volontari  
in cure palliative  
e serate per la comunità



*“Amore significa non imporre  
il tuo stesso potere sul tuo compagno,  
ma invece offrirgli il tuo aiuto.  
E se lo rifiuta, essere fiero  
che possa farlo con le sue forze”*

*(Elisabeth Kubler Ross)*

# La spiritualità e le forme di accompagnamento

## Etica e scelte del fine vita



**Valerani don Simone**

Assistente spirituale Hospice FBC Crema  
Docente Etica teologica – Bioetica

[dsvalerani@gmail.com](mailto:dsvalerani@gmail.com)



# Come stai stamattina?

# Come ti senti stamattina?

Se te la senti,  
prova a  
condividere  
con il tuo  
vicino come  
ti senti...



e bene  
...  
upa...  
ò bene...  
dovrò  
on...  
a...



✓ ...anche oggi sarò  
felice di...



«La spiritualità è quella dimensione **dinamica** della vita umana che concerne il modo in cui le persone (individui e comunità) fanno esperienza, esprimono e/o ricercano **significato**, **scopo** e **trascendenza**; ed il modo in cui entrano in **connessione** col momento che vivono, col sé, con gli altri, con la natura e con ciò che è portatore di **senso e/o sacro**».

La dimensione spirituale è multidimensionale:

1. **Sfide esistenziali** (ad esempio interrogativi riguardanti identità, senso, sofferenza e morte, colpa e vergogna, riconciliazione e perdono, libertà e responsabilità, speranza e disperazione, amore e gioia).
2. Considerazioni basate su **valori e atteggiamenti** (ciò che è più importante per ogni persona, come la relazione con se stessi, la famiglia, gli amici, il lavoro, le cose della natura, l'arte e la cultura, l'etica e la morale, e la vita stessa).
3. **Considerazioni religiose e di fondamento** (fede, credenze e pratiche, la relazione con Dio o con il definitivo)»



*Religion*



**VS**



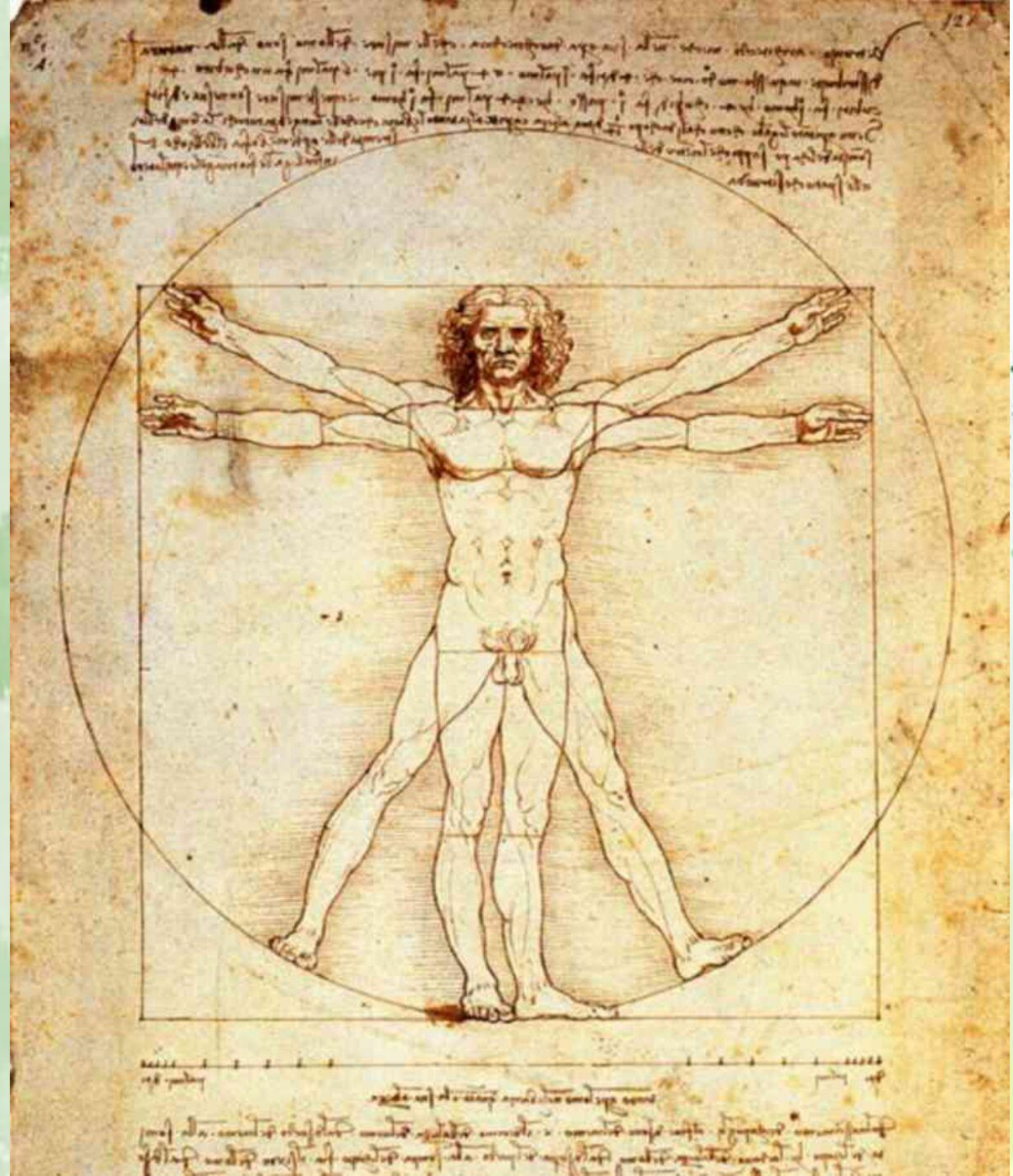
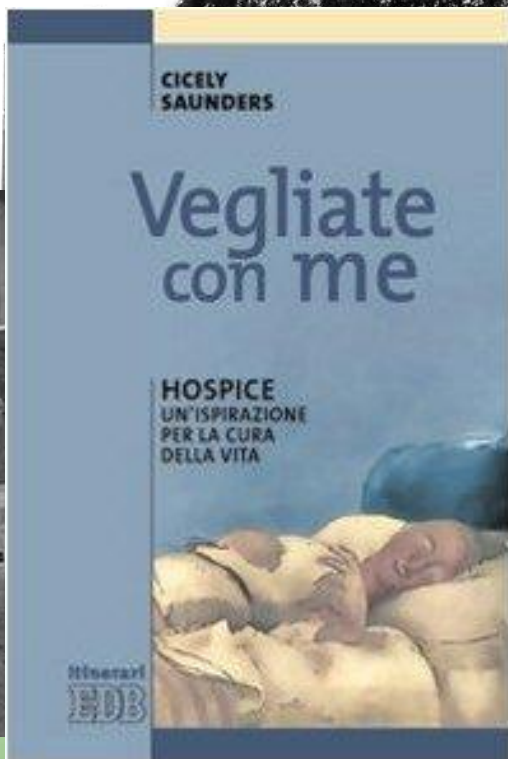
**SPIRITUALITY**

**SPIRITUALITY**

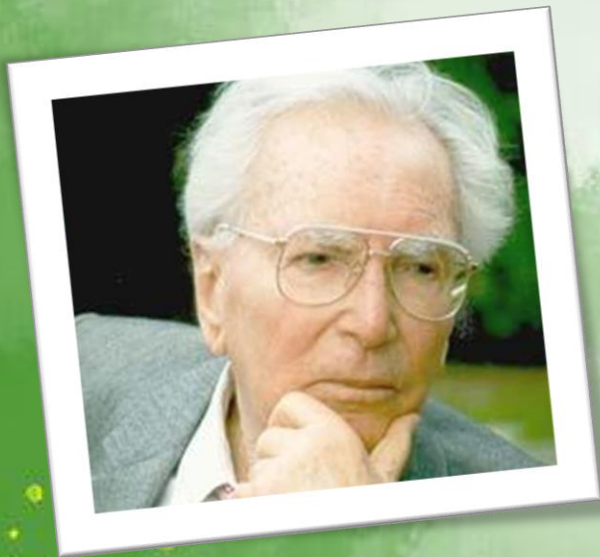
<b>Religione</b>	<b>Spiritualità</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruolo delle istituzioni</li><li>• Centralità dell'ortodossia e dell'ortoprassi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le istituzioni non hanno un proprio peso</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• I significati sono trasmessi attraverso un corpus dottrinale e narrativo proprio della comunità</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La scoperta dei significati/senso avviene nel contesto individuale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Può offrire motivazioni e strumenti di lavoro per la crescita spirituale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il cammino spirituale è interamente auto-diretto</li></ul>



# PERCHÉ PRENDERCI CURA DELLA DIMENSIONE SPIRITUALE







# VIKTOR FRANKL

## Logoterapia ed analisi esistenziale

### ONTOLOGIA DIMENSIONALE

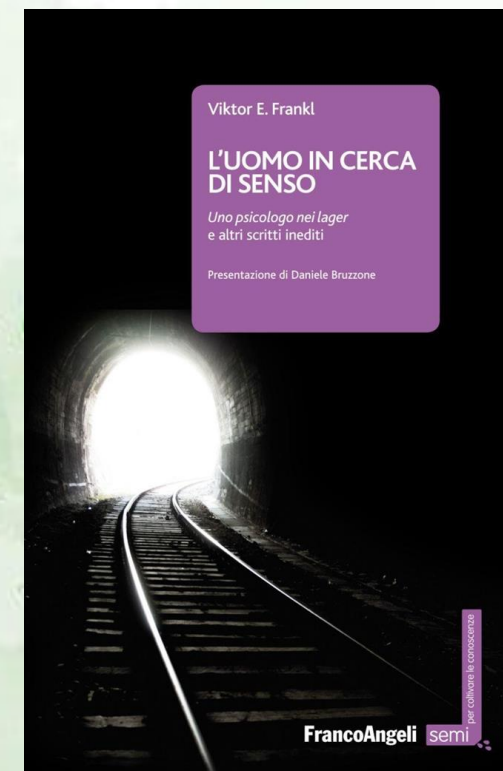
L'uomo va compreso nella sua dimensione biologica, psichica e spirituale-noetica.

La dimensione noetica è ciò che caratterizza l'uomo nella sua specificità di essere che si decide, orientato ai valori, alla scoperta di un compito, di un significato che gli si rivela nel vissuto della concreta situazione in cui esiste (ex-sistere).



<http://alæf.com/logoterapia-e-analisi-esistenziale/principi/>

«La possibilità noetica è da riferirsi alla dimensione spirituale nell'uomo che non deve essere identificata con un'istanza di tipo soprannaturale né con una nozione di tipo teologico; infatti Frankl coniando i neologismi "noetico e noodinamico" li preferisce al concetto spirituale proprio per non generare confusione nelle persone che si avvicinano alla Logoterapia» (dott.sa Magda Marconi)



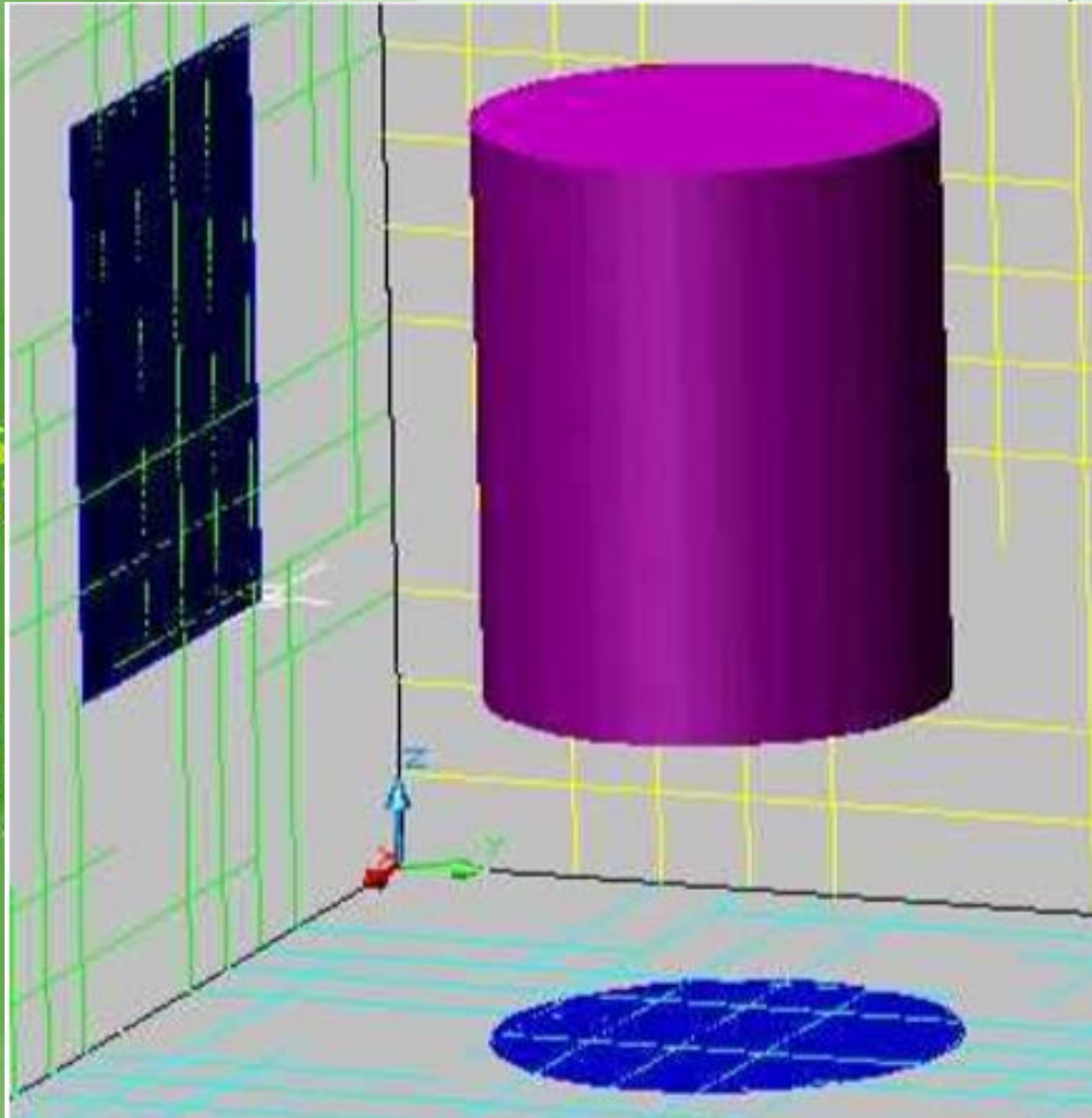


«L'essere umano è un Corpo che possiede un cervello (coscienza somatica) preposto alla regolazione degli equilibri di vari sistemi vitali quali il sistema neurovegetativo, il sistema neuroendocrino e quello immunitario i quali cercano di mantenere omeostaticamente in comunicazione ogni organo, apparato e tessuto del corpo umano. Il cervello è una componente importante della vita dell'uomo ma è solo una parte anche se non dobbiamo considerarla parte a se stante. E' inevitabile, però, considerarla "proiettabile" proprio perché ha una sua oggettività empirica, tangibile e analizzabile scientificamente.

L'essere umano è anche Psiche e possiede la coscienza come organo di consapevolezza (coscienza psichica), di fatticità, di coscienza di sé oltreché di capacità di decidere, di ragionare, di scegliere, di relazionarsi, di vivere scientemente: è capace di elaborare il Significato della vita. Possiede delle categorie di pensiero che permettono l'elaborazione del significato delle cose che ci accadono e le soluzioni per affrontarle.

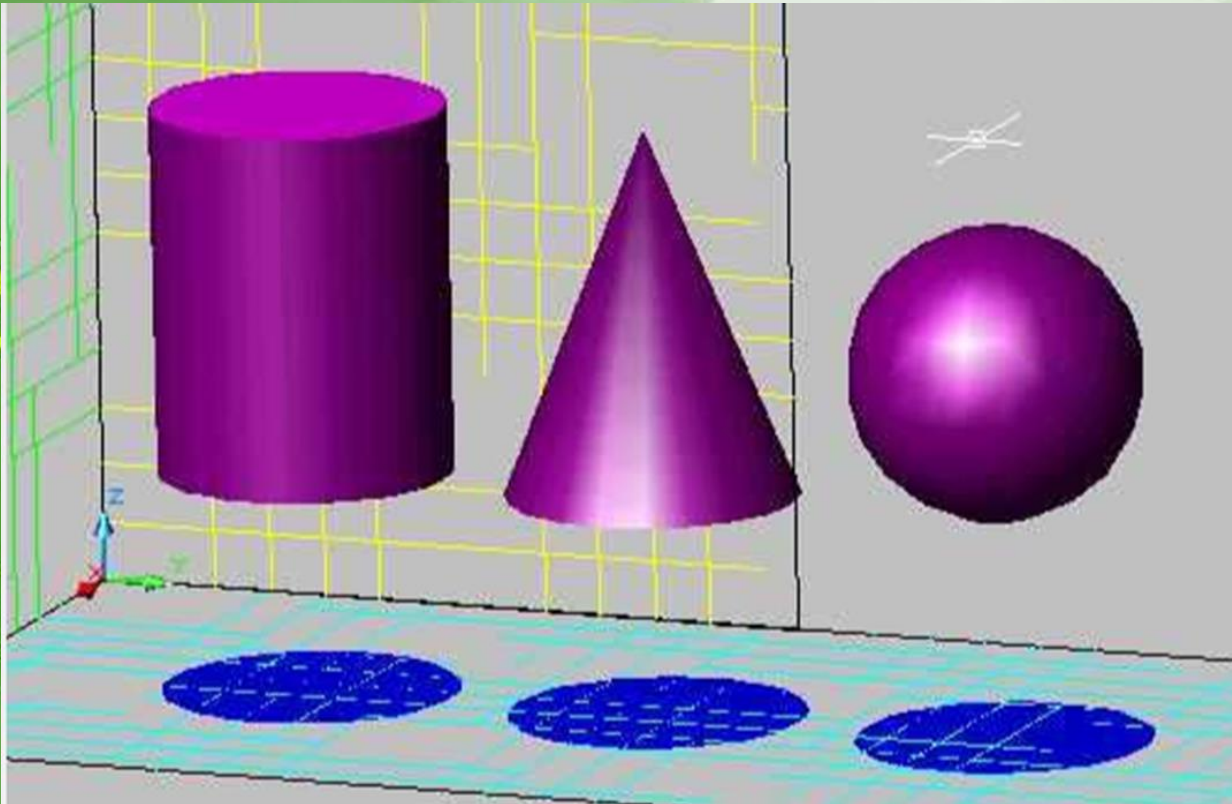
L'essere umano è Spirito e possiede una coscienza come organo di significato (coscienza noetica) che rappresenta un allargamento della coscienza che include l'Oltre ed è in grado di cogliere il Senso della vita. Permette all'uomo di percepire il proprio modo d'essere irraggiungibile dagli altri: la propria vita spirituale oltreché la propria esistenza progettuale. Questa coscienza non possiede delle categorie ma la "forza di resistenza dello Spirito" che le offre la possibilità di dare sempre un senso pieno alle cose della vita trovando nei valori oggettivi e personali la forza giusta per nutrirsi»

(dott. Magda Marconi, *Una rivisitazione dell'ontologia dimensionale di Viktor Emil Frankl riferita al rapporto duale*,  
<https://magdamarconi.it/una-rivisitazione-dellontologia-dimensionale-di-viktor-emil-frankl-riferita-al-rapporto-duale/>



**Un solo ed identico fenomeno, proiettato al di fuori delle sue dimensioni in altre dimensioni inferiori alle sue, dà origine a figure diverse in netto contrasto tra loro**





**Differenti fenomeni,  
proiettati al di fuori della  
propria dimensione in  
una stessa dimensione  
inferiore alla propria,  
danno origine a figure  
che appaiono ambigue**

# CONDIZIONI PER UN ACCOMPAGNAMENTO SPIRITUALE...

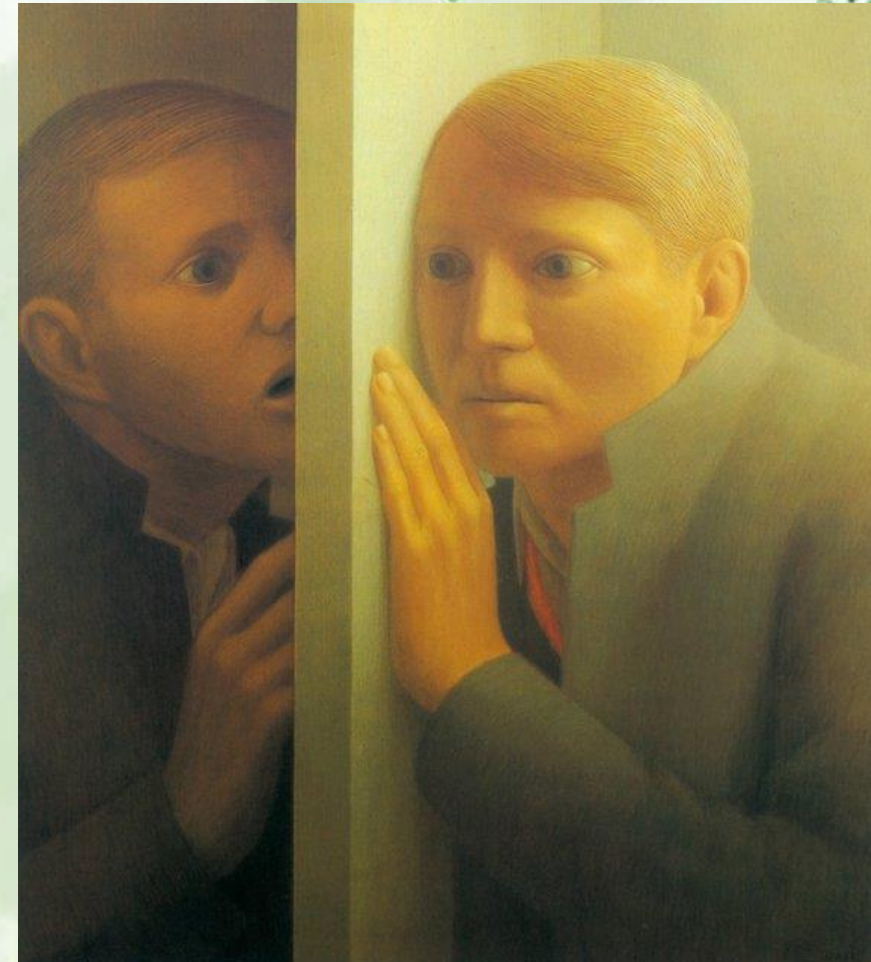




# INDISPENSABILE LAVORO SU DI SÉ

**«È chiaro che un operatore che non è in contatto con la propria spiritualità, non può permettere a un altro individuo di aprirsi alla sua, e può giungere fino a negare, per proiezione, la presenza di questa vita interiore presso l'altro»  
(M. Clermont)**

**«L'espressione dei bisogni spirituali da parte dei malati non può non raggiungere lo spazio spirituale personale di ogni accompagnatore.  
Per questo tale espressione sarà più o meno favorita o impedita»  
(B. Matray)**



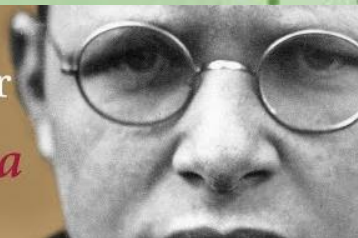






Dietrich  
Bonhoeffer

*Resistenza  
e Resa*



Non c'è nulla che possa sostituire l'assenza di una persona a noi cara. Non c'è alcun tentativo da fare, bisogna semplicemente tenere duro e sopportare.

Ciò può sembrare a prima vista molto difficile, ma è al tempo stesso una grande consolazione, perché finché il vuoto resta aperto si rimane legati l'un l'altro per suo mezzo.

E' falso dire che Dio riempie il vuoto; Egli non lo riempie affatto, ma lo tiene espressamente aperto, aiutandoci in tal modo a conservare la nostra antica reciproca comunione, sia pure nel dolore.

Ma la gratitudine trasforma il tormento del ricordo in una gioia silenziosa.

I bei tempi passati si portano in sé non come una spina, ma come un dono prezioso.

Bisogna evitare di avvolgersi nei ricordi, di consegnarci ad essi; così come non si resta a contemplare di continuo un dono prezioso, ma lo si osserva in momenti particolari e per il resto lo si conserva come un tesoro nascosto di cui si ha la certezza.

Allora sì che dal passato emanano una gioia e una forza durevoli.



«Sono un'allieva infermiera e sto per morire... Mi rimane da vivere per un periodo di tempo che va da sei mesi ad un anno. Ma è un argomento che a nessuno piace affrontare. Mi trovo dunque di fronte a un muro compatto e deserto: è tutto quello che mi resta. Il personale non vuole considerare il malato che sta per morire nella sua dimensione di persona; di conseguenza non può comunicare con me.

**Sono diventata il simbolo della vostra paura, qualunque essa sia. Paura di ciò che tutti, comunque, dovremo affrontare un giorno.**

Vi infilate nella mia stanza per portarmi le medicine o per provarmi la pressione, e vi eclissate non appena compiuto ciò che dovevate fare...

**Avverto la vostra paura, e questo non fa che accrescere la mia. Di che cosa avete paura? Sono io che muoio.**

**Mi rendo contro del vostro imbarazzo, ma... se vi interessate un pochino a me, non potete farmi del male.**

Fatemi capire soltanto che la mia situazione vi sta a cuore: non ho bisogno di altro...







**Non scappate via. Fermatevi un momento... Tutto quello che ho bisogno di sapere è che qualcuno mi terrà la mano quando ne avrò bisogno. Ho paura.**

**Forse voi siete abituati ad aver a che fare con la morte. Per me è una cosa nuova. Non mi è mai capitato di morire. Parlate della mia giovane età, ma quando si sta per morire non si è più tanto giovani.**

**Ci sono tante cose di cui mi piacerebbe parlare. Non vi ruberei troppo tempo...**

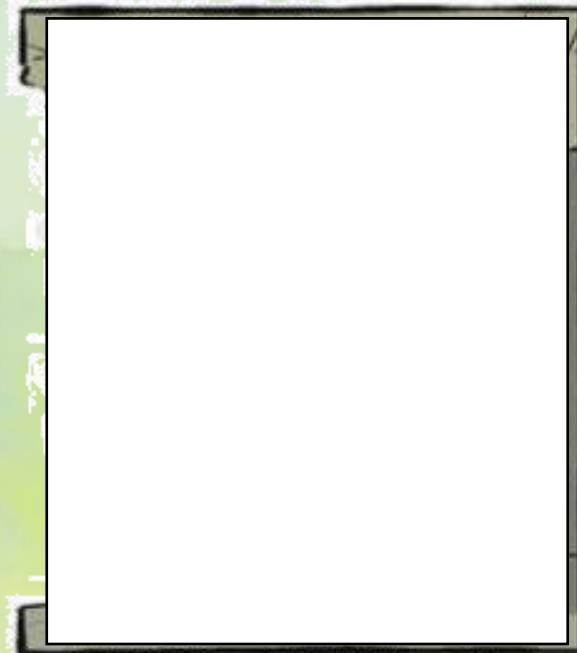
**Se soltanto avessimo il coraggio di confessare quello che abbiamo dentro e di riconoscere, voi e io, le nostre paure...**

**È davvero impossibile che noi comunichiamo come persone, di modo che quando verrà il mio turno di morire in ospedale, io abbia accanto a me delle amiche?»**

**Messaggio indirizzato da un'allieva infermiera alle amiche,  
alla luce di comportamenti che simulavano il loro disagio dinanzi al suo morire  
e ne accrescevano la solitudine (anni '80)**



# LASCIARSI STUPIRE...









- ✓ Ogni incontro con l'altro è unico;  
è evento spirituale di cui non “possediamo” l'esito
- ✓ A volte non accade nulla, se non chiusura
- ✓ A volte i “contenuti” possono sembrare banali
- ✓ Cercare di “vedere” l'altro





# CENTRATI SUL PAZIENTE

«Nello stesso studio il personale di cura non medico era più propenso dei pazienti a riconoscere come importante il ‘parlare del significato della morte’.

I familiari avevano una maggiore propensione dei pazienti a valutare l'importanza del parlare delle paure personali e dell'incontro con il clero.

**Anche in questo caso è utile prendere spunto dai pazienti su come vogliono discutere la questione.**

**Risultati qualitativi suggeriscono che i pazienti potrebbero desiderare discutere di scopo e di vita più che di senso della morte»**



K.E. STEINHAUSER J.A. –  
TULSKY, Defining a ‘good death’,  
in Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th edition

# ACCOGLIERE LA STORIA DI VITA...





ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

# Terapia della dignità

Parole per il tempo che rimane

Harvey Max Chochinov



Edizione italiana a cura di  
Giuseppe Moretto e Luigi Grassi



Il Pensiero Scientifico Editore

Dai **FATTI**  
ai **VALORI**

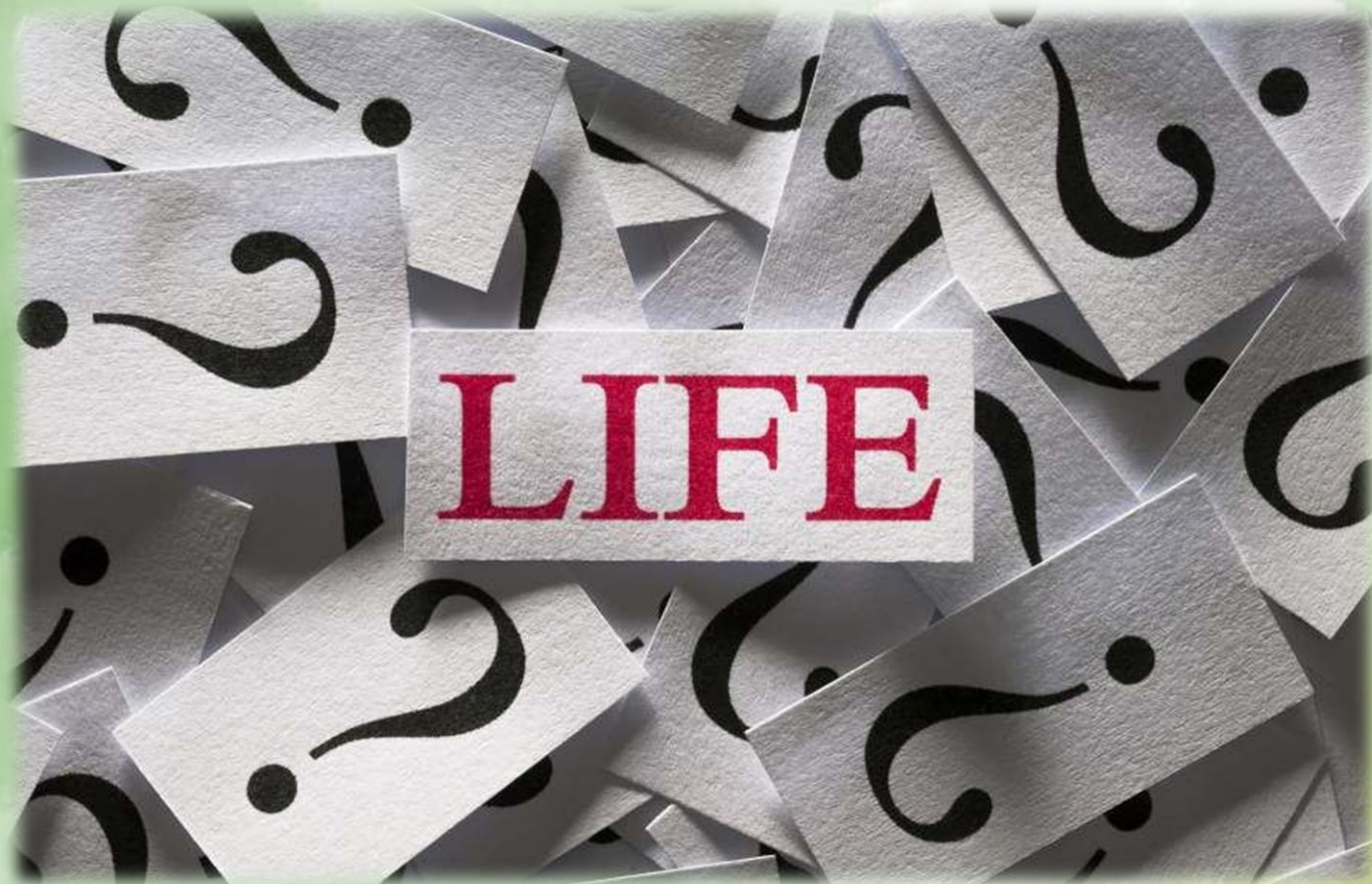




**La  
Caduta  
di Icaro**  
di  
Pieter  
Bruegel  
il  
Vecchio



# ACCOMPAGNARE LA RICERCA DI SENSO






Rai Radio 1


## Life - Il weekend del benessere e della salute

Home  
Puntate e Podcast



Il sabato e la domenica alle 09.30 [Segui](#)  
[Condividi](#)

Un vademecum per la salute e il benessere.  
Cura e regia di Paola de Gaudio. In redazione Antonella Romano.



Annalisa Manduca

Domenica 3 aprile



**Dott.sa Paola Versari**

**Psicologa-Psicoterapeuta  
Alæf**



**Alæf**

Associazione di  
Logoterapia e  
Analisi Esistenziale  
Frankliana



Viktor E. Frankl

# HOMO PATIENS

Soffrire con dignità



Queriniana

**Valori di creazione**

**Valori di esperienza**

**Valori di atteggiamento**



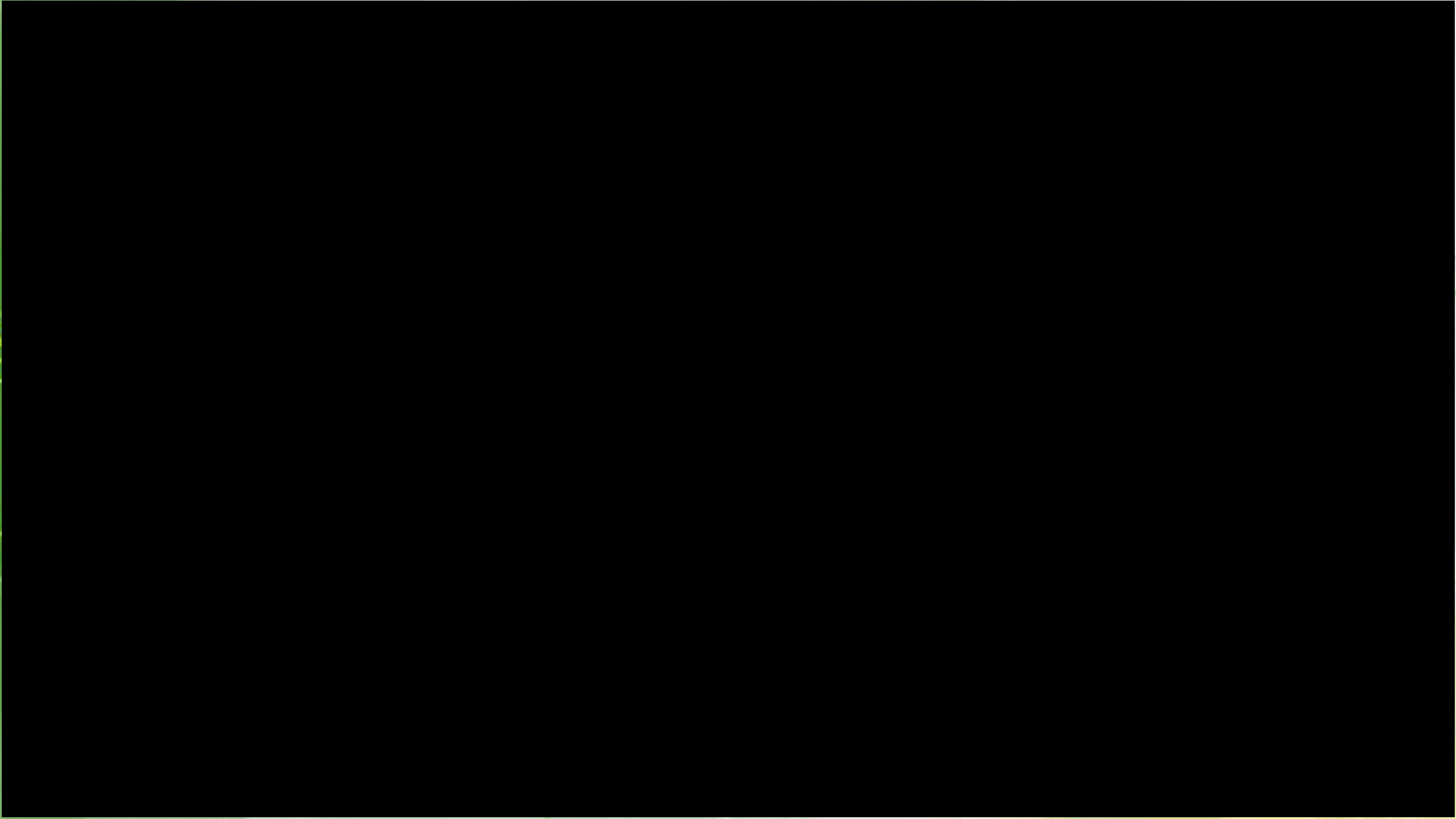
**«Ma per affrontare la sofferenza, occorre trascenderla. In altre parole, è possibile affrontare la sofferenza e coglierne tutta la portata significativa solo se si soffre per amore di qualcosa o di qualcuno. Cosicché la sofferenza, per essere piena di senso, non può essere fine a se stessa. Altrimenti la disposizione a soffrire ed a sacrificarsi si trasformerebbe in masochismo.**

**Una sofferenza dotata di senso è rivolta sempre al di là di se stessa e rimanda a qualcosa 'per il cui amore' si soffre. In una parola: una sofferenza con una pienezza di senso è il sacrificio»**



**«Una semplice riflessione gli fece comprendere che la sua sofferenza non era priva di senso. Bastò invitarlo a pensare per un momento a cosa sarebbe successo se avesse preceduto la moglie nella tomba e, quindi, se fosse stata lei a sopravvivere: avrebbe preferito che fosse stata la moglie a piangerlo? In quello stesso momento comprese di aver risparmiato alla moglie un dolore, il dolore per la sua morte; ciò avvenne al prezzo della sua tristezza, del suo dolore. In quell'istante la sua vita e il suo dolore assunsero con violenza inaudita un senso: furono 'dotati di senso'; la tristezza 'per' qualcuno si era trasformata in sacrificio 'per amore di' qualcuno»**





# SOSTENERE LA SPERANZA





**«Molti confondono la speranza con l'ottimismo, cioè con la propensione a pensare che “in un modo o in un altro, tutto si aggiusta”. Ma la speranza è diversa dall'ottimismo. Non nasce dalle sollecitazioni a ‘pensare positivo’ o dall'ascolto di rosee previsioni.**

**Diversamente dall'ottimismo, la speranza non ha niente a che vedere con una percezione edulcorata della realtà.**





**La speranza è il sentimento confortante che proviamo quando scorgiamo con l'occhio della mente il cammino che può condurci ad una condizione migliore.**

**Inoltre la speranza non nasconde né sminuisce gli ostacoli e le insidie che incontriamo strada facendo. In altre parole, non bisogna confondere speranza e illusione»**

J. GROOPMAN, Anatomia della speranza.  
Come reagire davanti alla malattia

- ✓ Speranza immanente (medica e umana)
- ✓ Speranza trascendente



# LA DIPENDENZA...

«Non esiste per l'uomo indipendenza assoluta (un essere finito che non dipenda da nulla, sarebbe un essere separato da tutto, eliminato cioè dall'esistenza). Ma esiste una dipendenza morta che lo opprime e una dipendenza viva che lo fa sbocciare. La prima di queste dipendenze è schiavitù, la seconda è libertà. Un forzato dipende dalle sue catene, un agricoltore dipende dalla terra e dalle stagioni: queste due espressioni designano realtà ben diverse.

A seconda del nostro atteggiamento affettivo nei loro confronti, i medesimi legami possono essere accettati come vincoli vitali, o respinti come catene, gli stessi muri possono avere la durezza oppressiva della prigione o l'intima dolcezza del rifugio.

L'uomo non è libero nella misura in cui non dipende da nulla o da nessuno: è libero nell'esatta misura in cui dipende da ciò che ama, ed è prigioniero nell'esatta misura in cui dipende da ciò che non può amare»

(Gustave Thibon)

Peso



Fatica



**Il malato vede la  
propria DIGNITÀ  
riflessa negli occhi  
di coloro che si  
accostano a lui  
(Chochinov H.M.)**





# DOMANDE SCOMODE: RESTARE E NON FUGGIRE

- ✓ Imparare a so-stare
- ✓ L'immagine dell'arazzo rovesciato







«Per quanto solleviamo i pazienti dall'angoscia, per quanto li possiamo aiutare a trovare un nuovo significato per quello che sta accadendo, ci sarà sempre un limite dove dovremo fermarci e comprendere di essere di fatto impotenti. Sarebbe davvero sbagliato se, in quel momento, ci dimenticassimo che è così, e facessimo finta di nulla. Sarebbe sbagliato nascondere, per negarlo e per illuderci del fatto che avremo sempre successo. **Nel momento in cui sentiamo di non poter fare assolutamente nulla dobbiamo essere preparati a restare fermi dove siamo»**

*C. Saunders, Vegliate con me. Hospice. Un'ispirazione per la cura della vita, EDB, 39*



**IL  
CORAGGIO  
DI  
VEGLIARE**



# BAD RELIGIOUS COPING: QUALI RISPOSTE?

- ✓ Intervento solo se è fattore di distress e non per riaffermare verità dottrinali
- ✓ Oltre la logica retributiva: dal Dio che castiga al Dio vicino
- ✓ Legittimare la rabbia con Dio: forma autentica di relazione con Lui
- ✓ Segnalare la/alla figura dell'assistente spirituale





# COSA FARE

- Essere attenti/predisposti all'ascolto della dimensione spirituale
- Ricordarsi di appartenere ad una equipe e quindi “accolgo e condivido”, riporto le questioni essenziali senza scadere nel “gossip”
- Riconoscere i propri limiti di fronte al “bad religious coping” e ad altri bisogni specifici
- Bussare, chiedere permesso, entrare in punta di piedi per so-stare
- Il coraggio del vegliare



# COSA NON FARE

- Soddisfare un proprio bisogno, di gratificazione, di curiosità, di dominio sull'altro, ecc.
- Non sentirsi in dovere di dare sempre risposte o risolvere i “problemi”
- Non offrire “false” speranze!
- Non trasferire all'altro credenze, convinzioni e valori che sono nostri
- Accogliere quanto il paziente mi riferisce con la dovuta cautela e nel confronto in equipe







7° corso per volontari  
in cure palliative  
e serate per la comunità



*“Amore significa non imporre  
il tuo stesso potere sul tuo compagno,  
ma invece offrirgli il tuo aiuto.  
E se lo rifiuta, essere fiero  
che possa farlo con le sue forze”*

*(Elisabeth Kubler Ross)*

# La spiritualità e le forme di accompagnamento

## Etica e scelte del fine vita



**Valerani don Simone**

Assistente spirituale Hospice FBC Crema  
Docente Etica teologica – Bioetica

[dsvalerani@gmail.com](mailto:dsvalerani@gmail.com)



Con el apoyo de



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE CULTURA





# Dignity

## RICONOSCIMENTO DELLA PREZIOSITÀ E DEL VALORE DELLA PERSONA

- Attuazione cosciente della propria personalità
- Capacità di autonomia
- Auto-percezione che il paziente ha della propria preziosità
- Particolare ruolo sociale assunto dalla persona

Possono essere possedute in gradi diversi o addirittura perse: non sono quindi autofondate



# Dignity

**Dignità inerente/intrinseca che riconosce senza condizioni la preziosità e il valore della persona, preziosità e valore che gli appartengono in quanto individuo umano e non in relazione ad alcune sue caratteristiche o funzioni in atto**

- **Le grandi religioni fondano tale dignità inerente/intrinseca nella teologia dell'uomo immagine di Dio**
- **La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo afferma che «il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo»**
- **Esperenzialmente quando apprezziamo l'unicità di ogni persona, tale che nessuno di noi può essere sostituito da un'altra persona nell'esperienza relazionale-affettiva**





# DECIDERE IN CURE PALLIATIVE: TRA APPROPRIATEZZA CLINICA E APPREZZAMENTO SOGGETTIVO DEL PAZIENTE

Due momenti che dovrebbero condurre ad una **decisione condivisa**:

- ✓ un giudizio di appropriatezza clinica da parte dell'equipe
- ✓ un giudizio soggettivo da parte del paziente





- ✓ È solo il paziente che può esprimere un giudizio sulla corrispondenza di una proposta terapeutica alla propria integrità, al proprio nucleo più profondo
- ✓ Infatti solo il paziente può giudicare la qualità di vita sperata o ottenuta da un determinato trattamento, in relazione alla sua concezione di vita e di salute
- ✓ Solo lei/lui può esprimere l'accettabilità o meno del piano di cura alla luce della propria scala valoriale



## **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219** **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

Entrata in vigore del provvedimento: 31/01/2018



# LA VERITÀ... UN DIRITTO DEL MALTO

- ✓ Esplorare il desiderio di informazione del paziente
- ✓ La comunicazione... necessità di competenza
- ✓ Non un singolo atto comunicativo ma eventi comunicativi

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.



# PIANIFICAZIONE ANTICIPATA E CONDIVISA DI CURA



**Direttive anticipate  
della Lega contro il cancro**  
La mia volontà vincolante  
rispetto alla malattia,  
l'agonia e alla morte

Direttive anticipate di



<https://issuu.com/krebsliga/docs/direttive-anticipate-della-lega-con?e=4169534/35199076>

National End of Life Programme



## Persona con diritto di rappresentanza

*La persona indicata,*

- o viene informata sul mio stato di salute e sulla prognosi in merito all'ulteriore decorso della malattia*
- o viene coinvolta nelle decisioni in merito al trattamento e all'assistenza*
- o impone le volontà da me registrate nelle presenti disposizioni anticipate*
- o approva o respinge in mia vece le misure mediche previste*
- o nelle questioni mediche e terapeutiche non disciplinate nelle presenti direttive anticipate, decide in sintonia con le direttive e secondo la mia presunta volontà*
- o è autorizzata a decidere sull'eventuale espianto di organi, tessuti o cellule, fatta riserva di quanto da me disposto al punto «Disposizione del mio corpo» a pagina 25 delle presenti direttive anticipate*

Ho concordato le presenti direttive anticipate con le persone indicate qui di seguito.

Esonero i medici curanti e l'équipe curante dall'obbligo del segreto nei confronti delle persone citate.

## Persone indesiderate

Dispongo che le seguenti persone non possano venire a trovarmi e che non possano influire in alcun modo.

# Cose che mi stanno a cuore

*Le affermazioni sulle seguenti questioni servono a chiarire il suo atteggiamento nei confronti della vita, i Suoi valori e desideri, le Sue paure, le Sue aspettative e speranze in relazione alla salute e alla malattia. Forniscono un panorama su di Lei e contribuiscono a far sì che possa essere curato e assistito in modo adeguato alle Sue esigenze. Inoltre, in base a quanto Lei afferma, diventa più facile sapere come deciderebbe anche in una situazione per la quale non ha dato disposizioni esplicite.*

**In queste situazioni mi sento a mio agio:**

*ad es. ambiente, persone, animali, odore, temperatura, colori, suoni ecc.*



**In relazione ad altre persone apprezzo:**

*ad es. vicinanza – distanza, corpo – intelletto, fare – stare insieme, colloqui – silenzio ecc.*

**Queste abitudini/rituali sono per me importanti:**

*ad es. struttura della giornata, mangiare, bere, cura del corpo, contatti, svago, animali domestici ecc.*

**Per me le seguenti cose sono molto importanti:**

*ad es. abbigliamento, cura del corpo, sistemazione dell'ambiente, cibo spirituale, contatti sociali ecc.*

**Mi piace in particolar modo:**

*ad es. cibi, bevande, musica, posizionamento, contatto fisico, attività, contatti sociali ecc.*

**Invece non mi piace:**

*ad es. cibi, bevande, musica, posizionamento, contatto fisico, attività, contatti sociali ecc.*

**Credo in:**

*ad es. valori, convinzioni, conoscenze, metodi, persone ecc.*

**Ho paura di:**

*ad es. limitazioni, impedimenti, perdite, ferite ecc.*

**Desidero che sia rispettato quanto segue:**



# **Disposizioni mediche**

## **Assistenza e accompagnamento**

**Ricovero in un ospedale acuto**

## Dove desidero morire

*Per prendere una decisione sul luogo dove morire è particolarmente importante parlare con i propri familiari. I familiari dovrebbero poter dire che cosa si sentono capaci di fare in questa situazione. Nell'opuscolo «Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono» troverà altre informazioni che potrebbero esserle utili.*

- Se possibile vorrei rimanere a casa, nel mio ambiente familiare (ad es. casa di cura) oppure presso persone che mi sono vicine.
- Preferisco morire in una istituzione che se possibile offre medicina palliativa, cure e assistenza.

Istruzioni particolari

---

---

---



# Accompagnamento

*Rifletta sul fatto se desidera essere accompagnato negli ultimi momenti e da chi. Parli anche con i suoi familiari e domandi loro se sarebbero contenti di avere del sostegno. Tenga conto del fatto che negli ospedali e nelle case di cura gli assistenti spirituali o religiosi fanno parte dell'équipe curante.*

- Desidero essere accompagnato – sia a casa che in un'istituzione – dal mio assistente spirituale o religioso abituale.

## Pratiche religiose

- Per me è molto importante che al momento giusto si svolgano per me le pratiche e i riti previsti dalla mia confessione/religione.

Si tratta di:

---

---

---

---

---

---

La mia confessione/religione è:

---

Per informazioni sui riti/le pratiche e la loro attuazione rivolgetevi a:



# Dopo la mia morte

# SEDAZIONE PALLIATIVA VS EUTANASIA

**«La riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario» (SICP)**



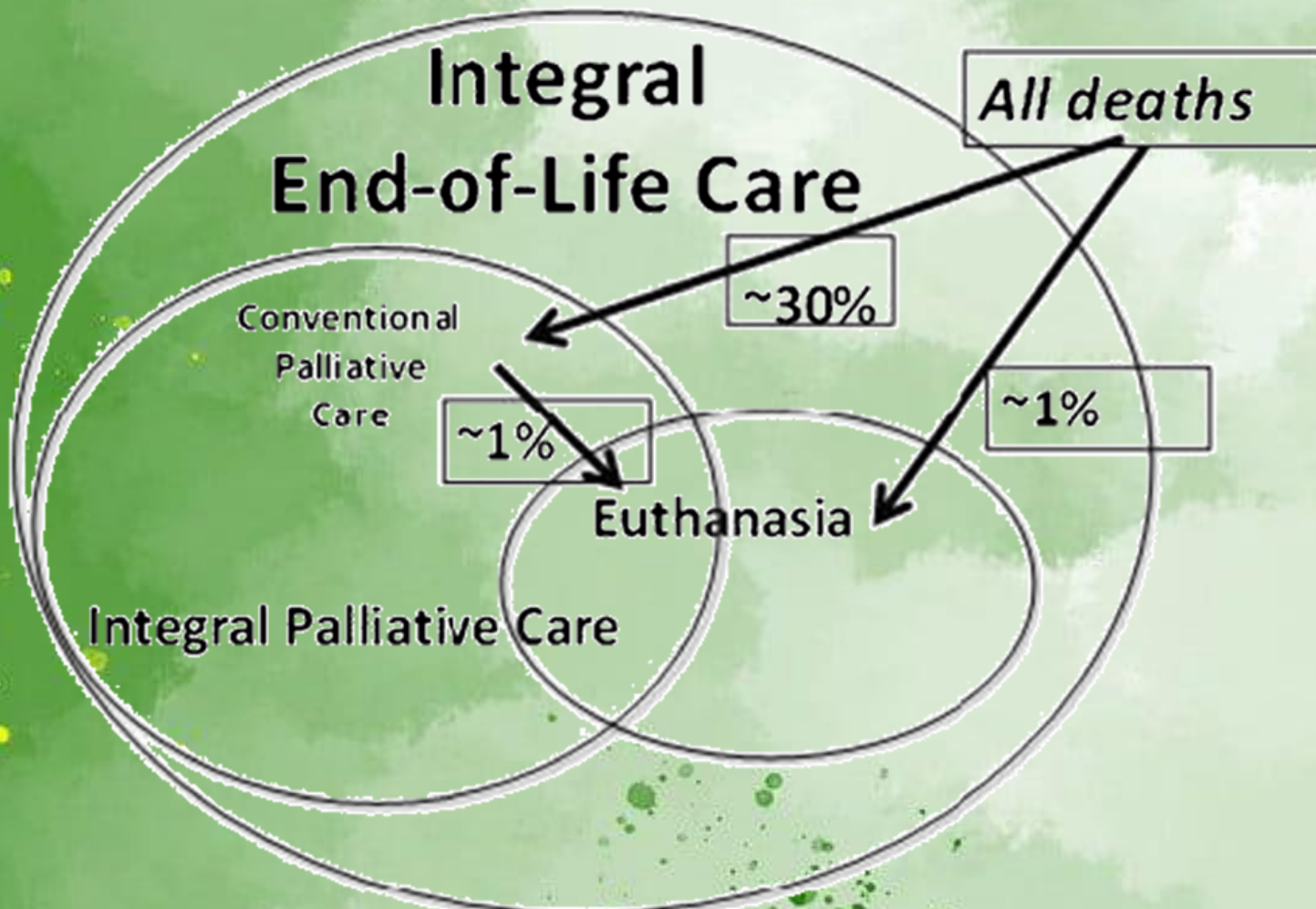
	<b>Intenzione</b>	<b>Mezzo</b>	<b>Criterio di successo</b>
<b>Sedazione palliativa</b>	<b>Sedazione per il controllo del dolore</b>	<b>Sedativi in titolazione proporzionata</b>	<b>Sollievo del sintomo</b>
<b>Eutanasia / Suicidio assistito</b>	<b>Induzione della morte per il controllo del dolore</b>	<b>Farmaci letali per dosi o tipologia</b>	<b>Morte del paziente</b>

# QUALE FUTURO PER LE CURE PALLIATIVE

- ✓ *Le simultaneous palliative care*
- ✓ In questo decennio dedicato all'invecchiamento: cure palliative in ambito geriatrico



# The Belgian Model of End-of-Life Care



Integral palliative care is conventional palliative care (as practised in countries without legal euthanasia) offering also the option of euthanasia

Patients by law have a right to palliative care and to request euthanasia

Some individual patients' requests for euthanasia stem from their judgement that the initiation or pursuit of palliative care is "futile"

JAN L. BERNHEIM, WIM DISTELMANS, ARSÈNE MULLIE, MICHAEL A. ASHBY, Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype? "Eu-Euthanasia": The Close Historical, and Evidently Synergistic, Relationship Between Palliative Care and Euthanasia in Belgium: An Interview With a Doctor Involved in the Early Development of Both and Two of His Successors, *Bioethical Inquiry* (2014) 11:507 – 529

# Uno sguardo altro su eutanasia/suicidio

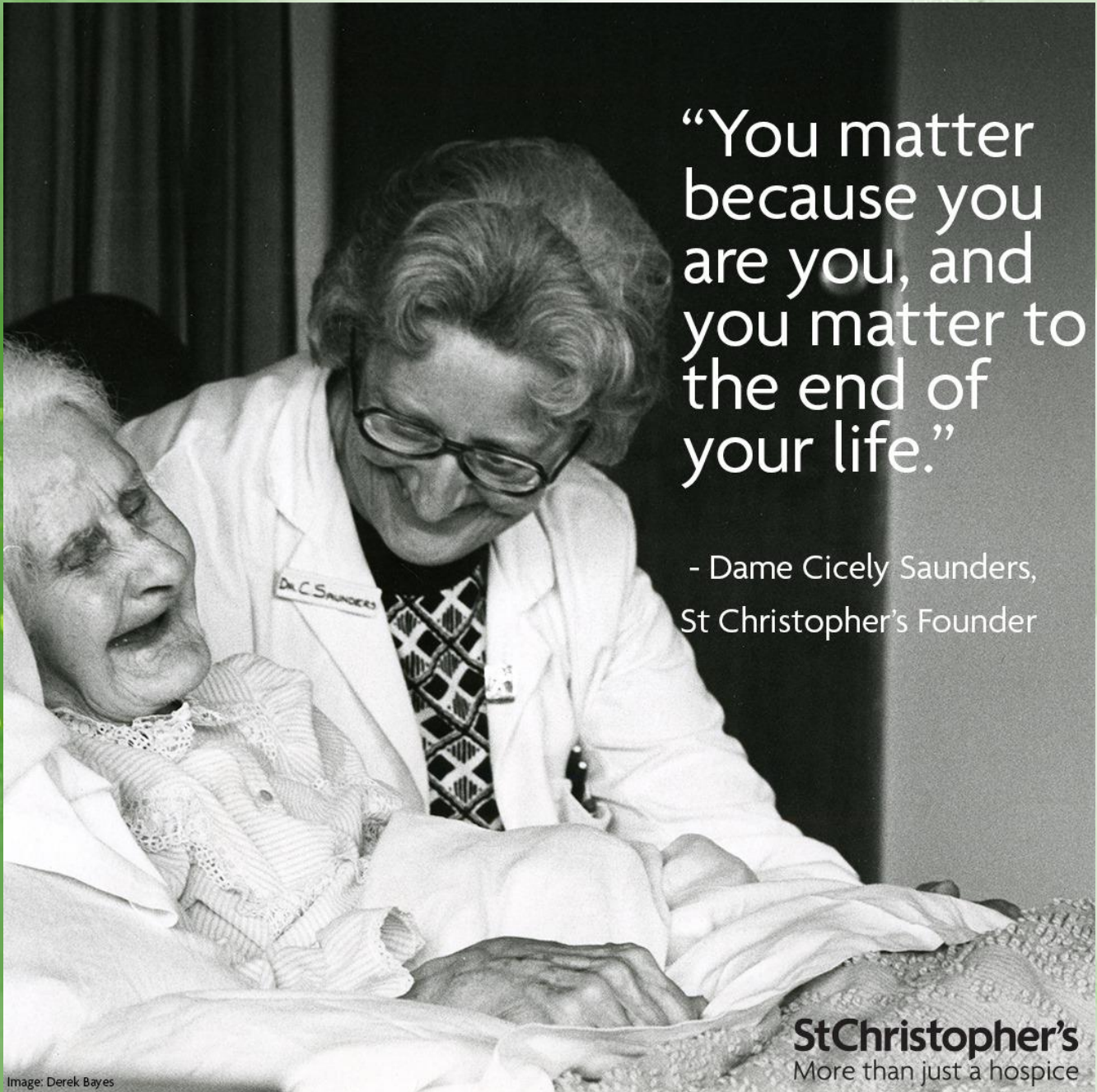
- ✓ Philippe Ariès: fino al XII secolo il moribondo era l'attore principale, il protagonista della sua morte. Egli disponeva tutto quanto accadeva intorno a lui; nel secondo Medioevo diviene protagonista del giudizio divino che si svolge al suo capezzale e il 'come' vive la sua agonia decide della sua salvezza eterna. Potremmo dire che allora colui che moriva giocava un ruolo 'attivo' nel suo morire
- ✓ Col trascorrere dei secoli tale ruolo attivo del morente è venuto meno assegnando progressivamente quello stesso ruolo prima alla famiglia e poi ai medici, relegando così il morente a uno stato di completa passività
- ✓ Probabilmente il movimento Hospice ha iniziato una nuova tappa della storia della morte in occidente, superando così quella della 'morte proibita', iniziando il lento cammino per fare uscire la morte dai temi tabù, riportarla in un contesto domestico (che sia il domicilio del paziente o la camera dell'hospice) e riaffermare la centralità del morente.



- ✓ **Ciò, unito ad un nuovo contesto culturale, ha portato il morente a rivendicare quel ruolo attivo che da secoli gli era stato sottratto.**
- ✓ **L'interrogativo si pone allora su come intendere oggi questo 'ruolo attivo'. La persona morente può vivere il suo protagonismo solo impossessandosi del 'come' e, più radicalmente, del 'quando' morire attraverso la scelta dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito? O forse può recuperare il suo 'ruolo attivo' attraverso valori di atteggiamento (che nella prospettiva frankliana-esistenziale indicano quei valori che derivano dell'atteggiamento che la persona assume di fronte ad una situazione che non può modificare, valori realmente esperibili anche nell'ultima fase della vita) che rovescino la passività della sua situazione esistenziale rendendogli la libertà di senso che andava cercando (poiché l'uomo senza senso non può vivere)?**

- ✓ La seconda riflessione giunge dall'incontro con la psicologia sociale, in particolare con l'interessante studio di Philip Zimbardo presentato ne L'effetto lucifero. L'autore, ripercorrendo il suo studio sperimentale sulle dinamiche carcerarie condotto alla Stanford University negli anni '70, in raffronto con quanto accaduto in termini di torture nel carcere di Guantanamo, indaga quanto il comportamento umano sia determinato dal peso disposizionale del soggetto e quanto sia influenzato dal peso situazionale. La conclusione a cui giunge è che spesso le forze situazionali prevalgono sulle disposizioni proprie della persona.
- ✓ Spesso nel dibattito bioetico l'eutanasia/suicidio assistito sono giustificati in nome del rispetto dell'autonomia decisionale del paziente. Alla luce di quanto sopra però ci possiamo chiedere: si tratta davvero in questi casi, di una libera scelta del paziente, dipendente cioè unicamente da suoi valori/convinzioni, o essa potrebbe dipendere – quando si avverasse – da forze situazionali che tendono a far sentire il malato inguaribile di 'esser un peso' per i suoi congiunti e la società intera, o ad indurlo perfino ad una auto-percezione di sé quale ormai 'senza valore'?





“You matter because you are you, and you matter to the end of your life.”

- Dame Cicely Saunders, St Christopher's Founder

**StChristopher's**  
More than just a hospice

Image: Derek Bayes

thanks  
FOR ATTENTION



**Valerani don Simone**  
Assistente spirituale Hospice FBC Crema  
Docente Etica teologica – Bioetica  
dsvalerani@gmail.com

