

# Filosofia per la fine vita: persona, dignità, dolore e speranza nell'uomo che muore

Giuseppe Costanzo

articolo

## Premessa

L'approccio delle cure palliative si differenzia per la sua propensione nei confronti dell'uomo, considerato nella sua complessità e assistito nelle diverse dimensioni terapeutiche, sociali ed esistenziali. Questo approccio olistico libera la malattia e la morte dalla loro raffigurazione di "fasi cliniche" e le trasforma in impegno collettivo e patrimonio comune. La malattia diventa, così, riflessione sul senso della sofferenza, la morte favorisce l'interiorizzazione del limite umano e scientifico, il lutto si traduce in affermazione di un'affettività che muta nella forma, ma si conferma nella sostanza.

Pur non addentrandoci nel dibattito politico e culturale inerente alla fine vita e al diritto a una buona morte, possiamo comunque approfondire le premesse filosofiche alle cure palliative e la necessità di avviare processi di umanizzazione della medicina e di socializzazione della morte. Ciò assume ancora maggior valore se si considera l'attuale tendenza culturale, volta a intendere le cure palliative come "terza via" tra l'accanimento terapeutico e l'eutanasia. La propensione a ridurre «la sofferenza, la malattia e la morte da impegno personale in problema tecnico, espropriando così la gente d'ogni capacità di misurarsi autonomamente con la propria condizione umana»<sup>1</sup>, è spesso la causa che impedisce il riconoscimento di un significato nel processo di morte che, vissuto nella sua integrità, offre la possibilità di valorizzare l'uomo e la sua dignità e favorisce la comprensione di un processo, prima di tutto, umano. L'esigenza di umanizzazione della medicina non

è legata, quindi, al desiderio di velleitaria detechnicizzazione, bensì all'esigenza concreta di compenetrazione in un'esperienza che, sebbene mitigata nei suoi effetti fisici e seguita nei suoi sviluppi psichici e sociali, deve essere interamente vissuta dal morente (e più in generale dal paziente) e condivisa con le persone a esso legate.

Se la medicina palliativa è effettivamente definibile come «un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie [...] attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale»<sup>2</sup>, occorre rintracciare i riferimenti per la sistematizzazione di una *filosofia per la fine della vita* valida per porre in risalto il valore dell'uomo e le dimensioni esistenziali coinvolte nell'evento. Associando alle cure palliative un approccio umanistico concreto, si pone in risalto l'insieme dei principi etici necessari per affermare il valore della vita, riconoscere la logicità della morte e facilitare l'erogazione di un servizio di cura compatibile con l'uomo e la sua identità. La medicina palliativa esprimerà le sue potenzialità se potrà verificarsi sui temi della persona, della dignità, del dolore e della speranza definiti filosoficamente e proposti empiricamente nei luoghi di cura.

## La persona

Definire il concetto di persona significa individuare gli aspetti peculiari dell'essere, dai quali conseguono i diritti e i doveri caratteriz-



Ricercatore, Centro Studi e Formazione Fondazione Vidas

zanti l'esistenza umana e dotati di un valore sempre riconoscibile.

La proposta di "persona" elaborata da Luigi Pareyson permette di comprendere la complessità dell'essere umano e di approfondire le dimensioni ontologiche fondamentali: «La persona è al tempo stesso esistenza, e cioè storia concreta del corporificarsi dell'iniziativa; compito, cioè coincidenza di ideale e dovere in una vocazione ch'è la coerenza cercata nella vita intera; opera, cioè forma vivente e irripetibile dotata di validità assoluta e originalità esemplare; io, cioè sostanza storica qualificata da una responsabilità essenziale, ed esercizio personale della ragione universale»<sup>3</sup>.

Applicando tale definizione alle cure palliative è possibile trarre le seguenti conclusioni:

- *esistenza*: la persona è storia concreta, che si realizza nell'azione, quindi attraverso il percorso biografico. Il malato è sempre storia e relazioni, che vanno valutati nel processo di cura e di accompagnamento. L'approccio biografico alla medicina, inteso come proposta di rivisitazione di un percorso esistenziale, oltre a generare conoscenza dell'altro, pone al centro l'uomo nella sua integrità. La sua storia non inizia con la malattia, l'uomo malato non è descritto dalla sua infermità. La sua storia, che include anche la malattia e i suoi significati, è lo sfondo di un'esistenza originale dell'essere umano in cura;

- *compito*: la persona è sintesi tra ideale e dovere che si realizza in vocazione. La sua condizione deve essere compresa tenendo conto di questa dicotomia, da cui non sempre consegue una sintesi soddisfacente per l'essere umano. Le cure devono essere proposte muovendo dalla dimensione ideale del soggetto, dalle sue credenze, dall'idea che ogni individuo ha di se stesso, dalla realizzazione storica della sua vocazione. Rispettare la dimensione biografica e culturale dell'individuo non comporta l'accettazione passiva da parte degli operatori sanitari di un volere che può essere dettato da una nuova condi-

zione, in questo caso drammatica perché si compie nella malattia. Può tradursi, invece, in ascolto attivo del paziente e in orientamento terapeutico coerente con la sua volontà e la legalità;

- *opera*: la persona è realtà viva, non replicabile, dotata di un valore intrinseco. Da questo consegue che l'uomo conserva la sua essenza

anche nelle condizioni più drammatiche. La persona trova il senso della propria presenza nella realtà, attivando un rapporto con l'altro; ma è "persona" in virtù della sua natura razionale, non si fa persona in forza dell'uso attuale di determinate facoltà, dell'e-

esercizio tangibile di certe funzioni, dell'attuazione verificabile di atti. La sua presenza, se non si esplica in azione definita o realizzabile, si può tradurre in testimonianza (che è sempre per l'altro). Da questo intendimento si può trarre il vero significato di una proposta umanizzante della medicina. La medicina è umana, non solo quando riconosce il limite della tecnica e riconduce l'esercizio dell'arte medica a tratti di umanità smarriti. Umanizzare la medicina, significa porre in risalto l'esigenza di una medicina che, nei limiti delle sue competenze, si modelli sulle esigenze psichiche ed esistenziali dell'essere umano. È opportuno, pertanto, lavorare su un processo di umanizzazione che si realizza nel particolare, nell'incontro sempre differente con il soggetto, che è emanazione di significato irreplicabile. Si può parlare solo di un processo di umanizzazione *ad personam*, che si realizza nell'evento e si modifica sull'esigenza dell'altro.

- *Io*: la persona, infine, è espressione di volontà che si compie attraverso l'azione e la presenza storica. L'uomo è, quindi, coscienza e volontà. La prima educa la seconda perché questa diventi sintesi di desiderio e responsabilità. Ma l'io è anche volontà comunitaria, perché nell'esser parte di un insieme più ampio, la volontà diventa storia e partecipazione all'universale. La responsabilità, la partecipazione a una volontà che supera l'io e diventa

*La medicina palliativa  
esprimerà le sue  
potenzialità se potrà  
verificarsi sui temi della  
persona, della dignità, del  
dolore e della speranza*

un noi che include e rilancia l'individualità generano le storie collettive degli esseri umani. Le cure palliative possono essere intese come uno sforzo comune indirizzato da una volontà di assistenza e cura dell'altro e basato sul riconoscimento integrale della persona.

In questa prospettiva, la persona trova un valore oltre la contingenza della realtà, perché il suo essere esistenza, quindi storia, compito, quindi desiderio, opera, quindi realtà, e Io, quindi volere, gli permette di essere in ogni condizione, perché sempre in rapporto con se stesso e con gli altri, favorendo l'emergere della sua storia e della solidarietà. La persona, quindi, è ciò che perdura come caratteristica essenziale, ed è parte dell'uomo in ogni momento della sua esistenza, a prescindere dal manifestarsi o dal variare di facoltà o particolarità casuali. Se la medicina palliativa promuoverà un'idea di persona «sempre in prospettiva, sempre apertura o movimento tensionale, partecipativo dell'universale»<sup>4</sup>, allora potrà sostenere l'onorabile peso dell'ideale di assistenza e cura integrale della persona.

### *La dignità*

Definire la persona non basta. Occorre riconoscere la sua dignità, definendo un concetto che, pur in condizioni cliniche ed esistenziali particolari, non muti di significato. In alcune situazioni, l'uomo può difendere la sua dignità solo contando sull'impegno dell'altro di non offenderla e di rispettarla. Queste due condizioni, seppur interiorizzate dagli operatori sanitari, sono garantite dal riconoscimento tangibile di un diritto dell'essere umano, che dona alla dignità un significato universale. Si tratta pertanto di identificare l'idea di «una dignità che deve essere perseguita nell'ambito della vita e della morte e non di una razionalità definita in abstracto»<sup>5</sup>.

La riflessione di Bernhard Casper ci aiuta in questo tentativo di definizione che si compie nel reale, perché associa la dignità alla responsabilità, quindi all'effettuazione di un'azione consapevole, intesa come combinazione di riconoscimento concettuale e opera sostanziale. Nelle cure palliative e, più

in generale, nella parte conclusiva della vita, la responsabilità dell'altro, che definisce la sua dignità riconoscendo quella del malato terminale, si realizza in tutta la sua potenza e drammaticità.

«Nel nostro genoma non c'è un gene scientifico che sarebbe il portatore della dignità. Piuttosto essa consiste in quel che noi stessi siamo complessivamente. E lo siamo sempre in rapporto ad altri enti e soprattutto in rapporto ad altri uomini»<sup>6</sup>. Sono necessarie, quindi, alcune condizioni perché si possa parlare di dignità e del suo riconoscimento. Occorrono due uomini in rapporto tra di loro, un rapporto che deve effettivamente *evenire*, quindi accadere in una relazione la cui manifestazione avviene tramite il linguaggio, necessario per realizzare un confronto nel quale essere con l'altro (quindi anche solo fisicamente o biologicamente) si traduce in un essere per l'altro. Dal linguaggio, manifestazione di bisogno dell'altro, si genera il rapporto che, nel suo proliferare, diventa storia nella quale è possibile trovare il significato di ciò che definiamo dignità.

Come si può definire la dignità umana? Casper afferma che essa «consiste in generale soltanto in una vocazione, in una provocazione alla realizzazione di una libertà storica e morale nel bisogno dell'altro: in una responsabilità appunto. È proprio questa realizzazione mortale e responsabile di noi stessi che costa fatica. E richiede soprattutto che accettiamo la nostra propria mortalità, l'inaggirabile fatticità dei nostri propri limiti [...]. Allora in verità diventiamo uomini soltanto grazie a questa provocazione alla fatica di una storia umana in comune che è rimessa all'alterità delle cose e che eviene attualmente»<sup>7</sup>. Da questa definizione è possibile trarre due deduzioni, una di natura teorica, l'altra valida per la riflessione e il lavoro di chi assiste l'uomo che muore.

La prima riguarda la finitezza dell'essere. Il limite e la certezza della mortalità, riconosciuti attraverso l'accettazione di un confine cingente la propria azione e di un declino della propria fisicità che necessita dell'aiuto dell'altro, sono gli elementi che, paradossalmente, definiscono la dignità, perché impongono

un sì nei confronti degli altri. Accettando la propria finitezza si riconosce il valore di una relazione espletata tramite l'incontro con l'altro e il supporto vicendevole. Accettando la mia impotenza e la mia non autosufficienza riconosco quella dell'altro e, di conseguenza, la sua e la mia dignità.

La seconda riflessione concerne la responsabilità. Se la dignità dell'uomo si compie nel rispondere all'altro e alla sua domanda, l'operatore sanitario, che cura il malato terminale o il paziente anziano, attiva una relazione che favorisce il riconoscimento vicendevole della dignità. Questo avviene anche in condizioni di non interazione effettiva. Il corpo debilitato e la non attuazione accidentale di facoltà umane possono assottigliare l'essere solo se lo si considera nella sua manifestazione esteriore di azioni, ma non modificano la sua natura finalistica. Ciò significa che l'aiuto totale richiesto dal malato, diventa relazione e quindi riconoscimento di due dignità. Si può intendere l'attività dell'operatore sanitario come una vera e propria *chiamata*, intesa, quando corrisposta, come la partecipazione all'opera laica di salvezza di ogni uomo, come rispetto della dignità, quindi del bisogno dell'altro. «Nel fatto che siamo capaci di questo, che siamo chiamati alla risposta nei confronti dell'altro, in questo consiste la nostra dignità»<sup>8</sup>. Colui che assiste il malato, è quindi sempre sfidato dalla responsabilità, impegno attraverso cui la dignità si rivela.

L'operatore sanitario si pone dinanzi a un malato che lo «*richiama alla responsabilità*», attivando così una relazione centrata sulla cura responsabile, nella quale si «mette in risalto la necessità che il "morire" dignitoso sia prima di tutto dare la possibilità alla persona di esprimere le sue emozioni, di formulare richieste, desideri, di continuare ad essere in relazione con i suoi cari»<sup>9</sup>. Questo essere in rapporto con l'altro, continuamente stimolati dalla responsabilità, che è anche misura del nostro essere degni, si fa storia umana e, nel rapporto sanitario-paziente, storia clinica. Il riconoscimento della mia dignità, pertanto, è condizionato dal riconoscimento di quella dell'altro e si manifesta in un binomio dignità-responsabilità nel quale il rapporto

definisce la dignità e la risposta all'altro, che è accettazione e attuazione della responsabilità, la realizza e protegge.

### *Il dolore*

È possibile individuare una logica che aiuti a sperimentare una sofferenza dignitosa, anche di fronte ad un male che invade e debilita? Che ruolo hanno le cure palliative nell'elaborazione del dolore? Trovare un senso nel dolore fisico ed esistenziale serve a sostenere l'essere umano nell'evolversi dell'evento drammatico, offrendogli la possibilità di utilizzare l'esperienza della prostrazione per scorgere un significato più ampio, indispensabile per mantenere viva la promessa di riscatto anche della sofferenza più grande. Trovare il senso del proprio dolore presuppone un'azione che si rende concreta in un atteggiamento. Si esprime in una scelta di apertura, che include anche la speranza. L'uomo che muore percepisce il dolore e la speranza in maniera del tutto nuova e il risultato di questa elaborazione definisce il valore e l'importanza che entrambe avranno nella sua esistenza. Le riflessioni che seguono non mirano a offrire un significato generale al dolore e un'opportunità garantita di speranza, ma provano a interrogarsi su una questione che tocca profondamente il morente e influenza sentimenti e comportamenti delle persone coinvolte nell'evento del morire.

Viktor Frankl individua tre direttrici lungo le quali si realizza il compito della vita. La prima riguarda i «*valori della creazione*» e concerne quello che noi diamo al mondo, la seconda include i «*valori dell'esperienza*» e consiste in quello che noi prendiamo dal mondo tramite il nostro percorso esperienziale; l'ultima è relativa ai «*valori di atteggiamento*» e si riferisce alla posizione che assumiamo di fronte agli ostacoli che incontriamo lungo la nostra vita<sup>10</sup>. Il percorso che orienta l'uomo verso la comprensione di un senso si compie nella manifestazione dei valori di atteggiamento, che si strutturano attraverso l'azione consapevole del sofferente. È un processo di *autoconfigurazione* (l'uomo è essere che decide, ricorda

Jaspers) in cui la scelta attiva di ricerca di un senso diventa atteggiamento nei confronti del dolore. «Posto dinanzi all'abisso, l'uomo scruta nelle profondità e nel fondo dell'abisso si accorge di se stesso e della tragica struttura dell'esistenza. Ciò che gli si rileva è, in fondo, questo: l'essere umano è passione, l'essenza dell'uomo sta nell'essere sofferente: *homo patiens*. Chi soffre sperimenta tale rivelazione al di là del bene e del male, del bello e del brutto; la vive con freddezza, senza sentimenti né risentimenti [...]. Di fronte all'*homo sapiens* va collocato l'*homo patiens*. All'imperativo *sapere aude* ne va contrapposto un altro: *pati aude*, abbi l'ardire di soffrire»<sup>11</sup>.

Si prefigurano, così, due fasi: una relativa alla comprensione della sofferenza come elemento caratterizzante l'esistenza umana, che potremo definire *appropriazione del dolore*; l'altra di sfida, di empirizzazione del dolore nella propria storia, indispensabile per dare un senso alla sofferenza perché individualizzato e dotato di un valore che riguarda il sofferente e la sua realtà. Possiamo definire questa fase come *personalizzazione validificante del dolore*.

Riappropriandosi del dolore, l'essere umano riscopre il suo limite e squarcia il velo di menzogna che lo induce a credere che sofferenza e morte possano non riguardare la sua vita. Vivendo e confrontandosi con il suo personale dolore, l'uomo assimila la sofferenza e la dota di significato. Ciò avviene perché affrontandola, riconoscendola nella sua identità di condizione necessaria, l'uomo la trascende, perché la intende oltre il suo significato immediato, collegandola a qualcosa o qualcuno. «Una sofferenza ha senso quando è una sofferenza per amore di... Mentre la si accetta, non solo la si affronta, ma attraverso di essa, si ricerca qualcosa che non è ad essa identica: la si trascende. Una sofferenza dotata di senso è rivolta sempre al di là di se stessi e rimanda a qualcosa "per il cui amore" si soffre»<sup>12</sup>. Per chi ha senso soffrire? Come tradurre il dolore in significato? E, infine, l'operatore sanitario ha un ruolo in questo processo?

Trascendere la sofferenza, dotarla di significato, ha senso nel particolare. Questo perché

il significato è mutevole: non solo *ad personam*, ma *ad situationem*. Questo significato particolare è mio e giustifica la mia sofferenza, nel momento in cui ha un legame con la mia storia che, pur modificata, mantiene viva l'aspettativa di un *oltre* che si avvera nel confronto quotidiano con il dolore. Il binomio sofferenza-comprensione, infatti, si realizza solo nel verificarsi di un accompagnamento affettivo e relazionale. Se l'uomo trascende la sofferenza solo se soffre "per amore di...", è necessario che questa presenza ideale o umana, accompagni nella realtà, nel quotidiano annebbiato dal male, colui che lotta per la dignità della propria sofferenza. Il compimento di questo binomio è dato dalla coscienza, intesa come la capacità intuitiva di scoprire il significato unico e singolare di ogni situazione. La coscienza aiuta a chiarire e traduce la sofferenza, che «ha una rilevanza metafisica, perché rende l'uomo perspicace e il mondo trasparente»<sup>13</sup>.

Il medico, o chi per lui, non può dare un senso alla vita del paziente, ma lo aiuta a trovarlo, lo assiste, lo accompagna. È, però, anche un riferimento storico necessario per proporre continuamente la riflessione sul limite, elemento centrale della condizione umana e fonte di senso attraverso il quale l'uomo può «aderire con una risoluzione definitiva alla dimensione terribile della vita» entrando, paradossalmente, «in possesso delle ineffabili potenzialità dell'esistenza»<sup>14</sup>.

La riflessione di Viktor Frankl, affronta il dolore valorizzando il ruolo, innanzitutto culturale, di chi assiste il malato, perché pone in risalto un dato decisivo: l'uomo è *homo sapiens*, ma soprattutto, *homo patiens*, è *actio* e *ratio*, ma anche *passio*. L'esperienza del dolore ci aiuta a comprendere il senso della nostra esistenza, anche nella sua dimensione tragica. Il compito delle cure palliative è quello di porre al centro della riflessione sulla malattia e la morte, l'*homo patiens*, l'uomo che soffrendo scopre il suo limite e il suo destino segnato dall'inevitabilità del dolore. Solo attraverso questa prospettiva è possibile intendere la sofferenza come sfida attiva che si realizza nella comprensione e lascia un segno di testimonianza, che dall'*hic et nunc*,

dalla sfida alla realtà in cui siamo immersi, offre un orizzonte sul dopo, un lascito di senso per l'altro.

### La speranza

Sono due le questioni aperte dal sentimento della speranza nella fine vita di maggiore interesse: quella relativa al morente e quella che include gli operatori che lo accompagnano lungo il percorso sanitario ed esistenziale. Poco si è scritto sulla speranza nell'oggi, quindi quella non inerente al dopo e al non conosciuto. Tuttavia, sono stati effettuati alcuni tentativi scientifici concernenti la terapia della dignità e la somministrazione di test come l'HHI (*Hert Hope Index*), che possono aiutare nella comprensione dello stato dell'altro<sup>15</sup>.

Esiste un'idea di speranza capace di accomunare credenti e non credenti? Sì, perché è possibile pensare a una concezione di speranza sostenuta dall'intuizione che questa non si esprima nell'attesa, ma nella sfida della comprensione e nell'esperienza della relazione. Identificare la speranza con l'attesa di un futuro diverso è ingannevole perché la speranza non è utopia. La speranza non è neanche attesa di un miracolo che risolve. Ha una valenza profondamente religiosa, ma, proprio per questo, è limitante ridurla ad aspettativa di una grazia nell'immanente che salva dalla malattia e non, piuttosto, ad affidamento che si realizza nella fede e nella fiducia<sup>16</sup>.

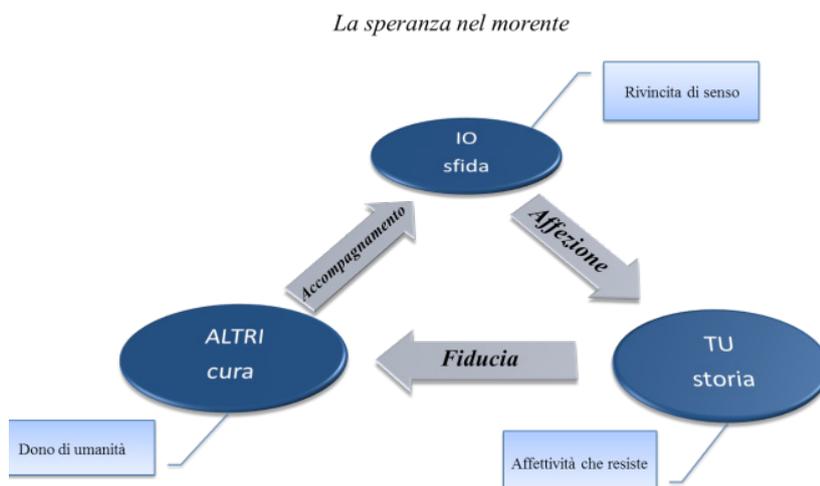
La speranza è sfida che si realizza qui e ora, nella tensione umana che si fa desiderio di miglioramento del quotidiano. «La dimensio-

ne umana per coltivare la speranza è trovare nel presente le buone ragioni del nostro sviluppo e della nostra crescita. La sana speranza nasce dalla cura del presente, è il germoglio, perché se non c'è il germoglio, se non c'è la cura del presente, c'è il salto in avanti, che è quel meccanismo irrealistico attraverso cui non si affronta il disagio, ma si cerca di aggirarlo»<sup>17</sup>. Nel morente, la speranza è un sentimento imbevuto di realtà, di quotidianità, di desiderio che si lascia provocare dalla difficoltà e dalla sofferenza. Questa provocazione, se colta, è garanzia di completezza, che permette di vivere la totalità di un evento smisurato.

In questo senso, la speranza nel morente è sfida dell'«io» alla terminalità che si traduce in ricerca e desiderio di comprensione. Possiamo definire questa fase *rivincita di senso*. Diventa poi, se intesa positivamente, relazione inclusiva dell'aspirazione di continuità storica nel «tu» o nei «tu» con i quali si è condiviso il vissuto. Possiamo interpretarla come *affettività che resiste*. La speranza, infine, si realizza definitivamente nella fiducia nell'altro che cura e accompagna, e a cui si offre un sì consapevole. È possibile intendere quest'ultimo passaggio come  *dono di umanità*.

Sintetizzando, la speranza è sfida di senso che recupera la relazione e apre alla fiducia, interpretata come dono di affidamento a quei «tu» nuovi, impiegati nell'assistenza sanitaria, umana e spirituale.

Un tritico che coinvolge l'«io» vivo nonostante il dolore, il «tu» che fa parte della storia biografica e gli altri che compaiono nella storia clinica.



La fiducia, il sì alla cura, rappresenta il perdere della speranza in se stessi e nell'altro, il rifiuto della disperazione o dell'apatia. Nella fiducia «vi sono due dinamiche concorrenti e sinergiche: rispetto a sé e rispetto agli altri al mondo. Rispetto al mondo perché bisogna avere fiducia anche se il mondo va male, perché se non rischio per il meglio patisco ugualmente il peggio e non fermo il male che c'è in atto (...). Scommettere sugli altri, anche a rischio di perdere, è l'unico modo per aprirsi; in caso contrario si perirebbe lo stesso nel solipsismo più radicale [...]. La fiducia in me stesso la formulerei così: la capacità di reggere al dolore della sconfitta e, da lì, poter ricominciare. Anche se l'altro fallisse, io ho fiducia in me e il fallimento non terrebbe in scacco la mia volontà di ripresa [...]. Allora il concetto di fiducia è un'apertura e un anticipo che tiene insieme l'avvenire e gli altri, perché chiudersi nella propria soggettività sarebbe un perire. La dimensione del donare e dell'impegnarsi è la dimensione fecondante e inaugurante che accetta anche di passare dalla pena al dolore, perché persino il dolore, in questo orizzonte, acquista una fecondità. Diventa prova ed esperimento»<sup>18</sup>.

L'ultimo passaggio, rappresentato dal rapporto con l'altro a cui il morente si affida, in particolare il medico e l'infermiere, non si risolve solo nella somministrazione di un farmaco o nel supporto fisico, ma si esprime in un rapporto di accompagnamento, in cui il tecnico diventa anche compagno, e il paziente si pone come essere umano attivo, quindi vivo pur nella tragicità di impedimenti fisici o psichici, che riscopre il suo limite e lo sperimenta di fronte alla drammaticità dell'evento inevitabile e alla bellezza dell'incontro con gli altri.

Il morente, usufruendo delle cure palliative, conferma la sua esistenza e la necessità di una dignità che, riconosciuta, riconosce anche quella dell'operatore, il quale, a sua volta, realizza la promessa di bontà, insita in ogni uomo, nella cura e nell'accompagnamento del morente. È il definirsi di un'esistenza riconosciuta finché vive e di un impegno che umanizza e responsabilizza.

Nella medicina palliativa si replica incessantemente una bellezza che si manifesta nella cura e nella compagnia. Una bellezza espressa malgrado il dolore, capace di preservare dall'assurdo e dalla negazione assoluta. La speranza diviene, così, responsabilità e testimonianza valide per esaltare l'impegno umano di assistenza e regalare al futuro il senso di una sfida comune. La speranza si manifesta in sfida di un "io" che chiede aiuto offrendo fiducia e trova nella relazione, nell'aiuto dell'altro, il senso della propria condizione. Questo miracolo umano conferma l'intuizione di Tuorlo, grande poeta del dolore, «è pur sempre un prodigio sperare»<sup>19</sup>.

### *Conclusioni*

Le tematiche trattate in questo breve studio non sono conclusive e sono valide solo se inserite in una riflessione più ampia, aperta alla comprensione delle dinamiche fisiche, psichiche ed esistenziali della persona che muore. È utile, però, individuare, nella definizione della persona e della dignità, dei concetti dotati di fondamenti non variabili e riconoscibili perché attuabili. È necessario, inoltre, riconoscere nel dolore e nella speranza delle potenzialità che possono sostenere il morente nel suo percorso finale.

È opportuno sottolineare la necessità di proporre con percorsi formativi strutturati, l'approfondimento di tali questioni nell'équipe che operano negli hospice e nelle RSA. La comprensione intuitiva non è sufficiente, occorre confrontare l'approccio teorico con le esperienze di lavoro, al fine di strutturare una filosofia della fine vita sempre in evoluzione, perché antropocentrica. Non un pensiero fine a se stesso, relegato a margine delle cure e dell'assistenza, bensì una proposta culturale, sintesi di impulsi etici e contributi esperienziali.

Da questo studio preliminare emerge un'intuizione da cui ripartire. L'uomo è in funzione di un altro, non è una monade. Osando un po', si può affermare che l'uomo non ha un senso perspicuo in sé, o meglio, possiede un indizio di significato che si es-

plica nella relazione con gli altri. «La categoria di senso diviene incomprensibile se la si rapporta ad un individuo isolato o a un universale astratto. Ciò che noi chiamiamo senso è costituito da una pluralità di uomini dipendenti gli uni dagli altri, in un modo o in un altro, e fra loro comunicanti»<sup>20</sup>. È nel “noi” che l'uomo trova il proprio significato ed è all'interno di questa comunità umana che è possibile definire la dignità e impegnarsi affinché il dolore e la speranza divengano un binomio di senso, anziché elementi contrastanti della condizione umana.

Le cure palliative e gli operatori impiegati in queste giocano un ruolo decisivo. Accettano il valore della persona, riconoscono la sua dignità, accompagnano nel dolore e legittimano la speranza attraverso l'assistenza. Un impegno gravoso, con limiti precisi che non dovrebbero mai essere sottovalutati. È l'impegno umano per eccellenza, capace di piegarsi di fronte a quello a cui non può e non deve rispondere. Turoldo pochi mesi prima di morire ha ricordato che «ci sono dolori per cui non esistono parole in nessun dizionario. Dolori e angosce davanti alle quali la risposta migliore è il silenzio. Di fronte a certe tragedie, a certe sofferenze non servono né filosofie, né prediche. E il rimedio migliore, dico rimedio, non risposta, sarà semplicemente la tua partecipazione di amico, la tua presenza amorosa, il tuo essere con» la persona sofferente, l'ammalato. La migliore risposta pratica quindi è «l'essere con», è il silenzio, l'accettazione per quanto possibile».

## NOTE

<sup>1</sup> I. ILLICH, *Limits to Medicine: Medical Nemesis - The Expropriation of Health*, Marion Boyars, London 1976, 3.

<sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines*, Ginevra 2002, 84.

<sup>3</sup> L. PAREYSON, *Esistenza e persona*, Il melangolo, Genova 1985, 201.

<sup>4</sup> V. MELCHIORRE, *Per un'ermeneutica della persona*, in *Corpo e persona*, Marietti, Genova 1997, 35.

<sup>5</sup> C. CIFERRI, *Affermazione ed esperienza di Dio nell'esistenzialismo. Il contributo di Gabriel Marcel*, www.qumran2.net.

<sup>6</sup> B. CASPER, *Dignità e responsabilità. Una riflessione fenomenologica*, La Compagnia della Stampa, Roccafranca 2012, 22-23.

<sup>7</sup> *Idem*, 53-54.

<sup>8</sup> *Idem*, 56.

<sup>9</sup> R. ZANON, *Manuale di etica per l'operatore socio-sanitario*, Maggioli Editore, Rimini 2010, 113.

<sup>10</sup> V. FRANKL, *Homo patiens. Soffrire con dignità*, Queriniana, Brescia 2011, 76.

<sup>11</sup> *Idem*, 84-85.

<sup>12</sup> *Idem*, 86.

<sup>13</sup> *Idem*, 84.

<sup>14</sup> R.M. RILKE, *Lettera alla contessa Sizzo*, 12 aprile 1913.

<sup>15</sup> S.E. McCLEMENT - M.C. CHOCHINOV, «Hope in advanced cancer patients», in *European Journal of Cancer*, 2008, 44(8): 1169-1174.

<sup>16</sup> B. WELTE, *Morire. La prova decisiva della speranza*, Queriniana, 2008, 62-74.

<sup>17</sup> F. MOSCONI - S. NATOLI, *Sperare oggi*, Il margine, Trento 2012, 40.

<sup>18</sup> *Idem*, 41-43.

<sup>19</sup> D.M. TUROLDO, *Se tu non riapparirai... 1950-1961*, Mondadori, Milano 1963, 52.

<sup>20</sup> N. ELIAS, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna 2011, 71.