

# ETICA DEL MORIRE E CURE INTENSIVE

**D. Mazzon\*, L. Orsi°**

\*Coordinatore Commissione di bioetica SIAARTI,

°Coordinatore Gruppo di studio per il documento su: "Raccomandazioni per ammissione, dimissione e limitazione delle cure in Terapia Intensiva"

## La Natura delle Terapie Intensive e le nuove modalità del morire

Negli ultimi 30 anni il progresso tecnico-scientifico ha fornito al medico che opera in Terapia Intensiva (TI) nuovi poteri di intervento sulla vita umana: ci riferiamo ad esempio all'abolizione della coscienza mediante sedazioni prolungate, alla sostituzione di funzioni vitali come la respirazione e la pompa cardiaca il cui esaurimento non si identifica più con la morte dell'individuo, alla possibilità di diagnosticare la morte con criteri neurologici rendendo così possibile il prelievo ed il trapianto di organi. Gli enormi successi della TI, noti al pubblico grazie alla divulgazione scientifica, alla stampa ma anche alle esperienze personali, hanno peraltro alimentato nei cittadini una fiducia nella pratica delle TI che spesso va oltre le possibilità concrete di intervento offerte da questa branca della medicina.

La natura delle TI è infatti quella di strategie mediche atte a surrogare temporaneamente le funzioni vitali, soprattutto la funzione respiratoria e quella cardiocircolatoria, di un organismo gravemente malato. Nella pratica però può accadere che la sostituzione delle funzioni vitali non sia più temporanea e che il fallimento delle TI si traduca in quadri clinici che, per la natura ed il decorso infausto della malattia in atto e delle sue complicazioni, comportano l'impossibilità dello svezzamento da terapie di supporto vitale massimali, la progressiva inefficacia delle stesse, ed infine la constatazione del loro sicuro insuccesso.

L'incremento delle opportunità diagnostico-terapeutiche ha inoltre innescato dei mutamenti sostanziali sia nella tipologia di pazienti afferenti alle TI sia nelle modalità del morire, circostanza quest'ultima comune anche agli altri reparti di degenza. Le TI, nate per trattare squilibri acuti che si avvalgono di un trattamento temporaneo di sostituzione o integrazione delle funzioni vitali, ricoverano oggi sempre più spesso pazienti molto anziani, affetti da patologie croniche riacutizzate o affetti da patologie acute che insorgono nel contesto di patologie croniche. Si tratta di pazienti magari non al loro primo ricovero in TI, i quali ad ogni ricovero successivo risultano sempre più critici e meno "rianimabili"; spesso si tratta di pazienti ospedalizzati nella fase terminale della loro malattia. Ecco quindi che l'incontro fra questa tipologia di pazienti e l'apparato tecnologico messo a disposizione nelle TI rende evidente quella che è una vera e propria modifica delle modalità del morire. La morte non è non più un "evento" imprevisto, di breve durata, improcrastinabile, bensì un "processo" gestito dalla medicina che è in grado di prolungarlo a volte senza nessun evidente beneficio per il paziente stesso.

## La necessità di una grande chiarezza sui termini da usare

A fronte di tante e tali mutazioni del contesto terapeutico, noi medici di TI non possiamo sottrarci al compito di informare nel modo più corretto i cittadini circa le modalità operative delle TI, lasciando solo agli specialisti dell'informazione, magari non preparati su questo tema specifico, questo difficile compito. Si eviterebbe così ad esempio che le nuove modalità del morire si rappresentino con categorie concettuali desuete, generando timori e preoccupazioni in merito alla gestione dei nuovi poteri conferiti dal progresso tecnico-scientifico ai sanitari occupati in questo settore.

Un esempio senz'altro di grande attualità è fornito dalla corretta definizione del termine "eutanasia". Far ricadere infatti, come è accaduto di recente sulla stampa, sotto il termine "eutanasia" tutte le modalità "non naturali" di morire e confondere l'"eutanasia" con la "desistenza terapeutica" o la "limitazione di trattamenti" in fase terminale, è inappropriato e dannoso, in quanto genera confusione su un terreno ricco di implicazioni emozionali, morali, etiche, sociali e giuridiche.

Tutta la più recente riflessione bioetica identifica l'"eutanasia" con qualsiasi azione che porta intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato per porre termine con esso alla sua sofferenza. Per "eutanasia", nell'accezione più appropriata del termine, si deve quindi intendere esclusivamente la soppressione intenzionale della vita di un paziente. Nulla a che vedere quindi con la desistenza da

provvedimenti terapeutici che abbiano come unica conseguenza il prolungamento del processo del morire, e con esso l'agonia del malato terminale, senza alcuna utilità per il malato stesso. Porre sullo stesso piano la cosiddetta "eutanasia passiva" e la "desistenza o limitazione terapeutica", quest'ultima frequentemente praticata in tutto il mondo nel malato terminale in TI e non solo, è operazione frutto di ignoranza, in senso tecnico, delle nuove modalità del morire in TI e dell'evoluzione concettuale e filologica del termine "eutanasia". Come conseguenza di questa confusione concettuale e terminologica, la desistenza da cure inappropriate per eccesso viene infatti talvolta impropriamente giudicata anche dai medici nel nostro paese un atto eutanasico. Questo errore porta a confondere il "lasciar morire" (appropriata desistenza o limitazione terapeutica) un paziente terminale, senza travolgerlo con trattamenti per lui di nessuna utilità, con il "dargli la morte" (eutanasia in senso stretto). Ciò può avere come infausta conseguenza il fatto che per non commettere ciò che si ritiene erroneamente "eutanasia passiva", vengano praticate come doverose per il paziente cure che in realtà configurano un accanimento terapeutico, poiché prolungano non la vita bensì l'agonia del paziente stesso.

Porre dei limiti ai trattamenti intensivi in fase terminale, qualora essi non siano di alcuna utilità al malato, è invece doveroso ed in linea con i più recenti ed autorevoli documenti in materia, sia del Comitato Nazionale di Bioetica, sia di Comitati Etici Locali, sia delle Società Scientifiche, nonché con il Codice di Deontologia Medica (art. 14 e 37). La limitazione dei trattamenti infatti ha l'unico scopo di non prolungare il processo agonico, permettendo al paziente di morire a causa della sua malattia giunta alla fase terminale e quindi non si configura come un atto eutanasico, teso cioè intenzionalmente a sopprimere la vita umana. La desistenza da trattamenti nel paziente giunto alla fase finale della sua malattia può rappresentare pertanto la forma eticamente più appropriata di trattamento, rispettosa dei principi bioetici di beneficenza e non-maleficenza. La stretta connessione temporale che talvolta sembra legare la desistenza terapeutica con il decesso del malato non deve far ritardare tale decisione; ciò porta solo a prolungare indebitamente un'agonia oltre ogni ragionevole limite.

Infine, non è superfluo ricordare che nell'attuare la desistenza terapeutica i medici delle TI non abbandonano mai il paziente e si impegnano costantemente nell'alleviarne le sofferenze attraverso la pratica delle cure palliative, anche se queste possono comportare un'accelerazione del processo del morire. In particolare, praticare un'ottimale terapia di controllo del dolore e di ogni altra sofferenza che accompagna il processo del morire è un dovere etico unanimemente condiviso, anche se ciò può anticipare il momento della morte.