

LA MORTE NATURALE ESISTE ANCORA? E' MAI ESISTITA ?

Luciano Orsi

U.O. Cure Palliative AO Ospedale Maggiore Crema, Consulta di Bioetica Milano

INTRODUZIONE

Una delle trasformazioni più inavvertite che è avvenuta in medicina negli ultimi 30-40 anni, è stata il progressivo ma irreversibile prevalere delle patologie cronico-degenerative su quelle acute. Questa radicale modifica comporta che oggi, e sempre più domani, la pratica clinica quotidiana si confronti soprattutto con riacutizzazioni delle patologie croniche e con fasi terminali piuttosto che con patologie acute. La modificazione del case-mix dei malati trattati in tutti i settori della medicina (domiciliare, ambulatoriale, degenziale in ambito ospedaliero, riabilitativo, lungodegenziale o residenziale socio-assistenziale) seppur evidente ad una non superficiale osservazione quotidiana è però ancora insufficientemente considerata sia a livello formativo che nelle prassi terapeutiche ed assistenziali. La mancanza di una piena consapevolezza del tipo prevalente di malati che la medicina è chiamata a trattare fa sì che si tenda a trattare i malati cronici in fase avanzata o terminale di malattia in modo spesso clinicamente inappropriato ed eticamente errato.

In particolare, di fronte alle ultime riacutizzazioni delle patologie cronico-degenerative (oncologiche, cardiologiche, neurologiche, respiratorie, ecc.) o alle loro fasi terminali, si rilevano due stili di comportamento opposti, ma parimenti inadeguati, per il malato.

Il primo comportamento, più frequente, è quello di proseguire o intensificare i trattamenti terapeutici applicando a tali malati procedure cliniche nate e sviluppate per patologie acute. In questo primo scenario, al declinare delle funzioni vitali si opera una progressiva ed acritica escalation del supporto o della sostituzione di tali funzioni vitali; questo genera un eccesso di trattamento (*overtreatment*, usualmente ma scorrettamente denominato “accanimento terapeutico”)¹. Esempi quotidiani sono il ricovero ospedaliero d’urgenza e l’utilizzo di trattamenti di supporto vitale nelle fasi finali della vita anche quando si stima che l’efficacia di tali provvedimenti sia molto scarsa o nulla.

Il secondo comportamento è invece opposto e si traduce in una più o meno progressiva sospensione dei trattamenti mirati contro la malattia e del relativo controllo clinico-assistenziale ispirati ad un’idea vaga di “lasciare spazio alla naturalità della morte”. In questo secondo scenario, la declinante o cessata risposta ai trattamenti eziopatologici induce una loro più o meno subitanea sospensione e una netta riduzione della presa in carico del malato che viene spesso “abbandonato al suo destino naturale”.

¹ Raccomandazioni SIAARTI (Società di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) per l’ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva. Minerva Anestesiologica 2003, 3:101-118 oppure Bioetica 2003, 2:351-367

Non infrequentemente i due stili di comportamento sono compresenti nella storia clinica del malato sicché, dopo un periodo più o meno lungo di trattamenti intensi o, addirittura, intensivi nell'ottica tradizionale del "fare tutto e sempre per sconfiggere la morte" si passa abbastanza bruscamente al "lasciare fare alla natura".

Ritengo che in questa sede non sia necessario stigmatizzare l'inadeguatezza clinica e la mancanza di eticità che caratterizzano il primo scenario per l'eccesso di trattamento (*overtreatment*) che inevitabilmente si genera. Penso, invece, che sia opportuno approfondire gli errori insiti nel secondo stile di condotta clinica cercando di dimostrare la fallacia della "naturalità" della morte.

LA MORTE NATURALE ESISTE?

Cercherò di dimostrare che, dal momento in cui la medicina ha iniziato a trattare prevalentemente patologie croniche riacutizzate e le relative fasi terminali, la "naturalità" della morte, se mai è esistita, è venuta del tutto meno. Infatti, con i suddetti quadri patologici, la morte non è più un evento impreveduto ed imprevedibile (come lo era e lo è ancora nelle patologie acute o nelle prime fasi di riacutizzazioni delle patologie croniche) ma un evento previsto e prevedibile.

La prevedibilità (seppur con margini variabili secondo la gravità e della tipologia della malattia) della morte comporta necessariamente una sua gestione. Nelle storie cliniche di questi malati si evidenziano facilmente percorsi decisionali complessi (ad es. nel trattamento o non trattamento di complicanze o riacutizzazioni, o nel tipo di struttura sanitaria in cui inviare il malato) che fanno riferimento ad un "albero decisionale" (*flow-chart*). Tale percorso decisionale ramificato si snoda nel tempo ed in luoghi diversi (degenza, ambulatorio, domicilio) e spesso non è facilmente evidente al sanitario decisore di un singolo bivio decisionale. Tale decisore finisce per compiere scelte valutando gli effetti più immediati ma senza tener conto delle conseguenze sistemiche di tali scelte. Soprattutto con la specializzazione delle conoscenze e la frammentazione dei settori di cura, viene a mancare la consapevolezza che ogni decisione si ripercuote sui pregressi e futuri snodi decisionali. In sintesi, si può affermare che dalla diagnosi della malattia si diparte un complesso "albero decisionale" che porta a scelte di sedi e tipi trattamento spesso molto diversi. Il malato, che contribuisce in modo molto variabile a scegliere tali percorsi decisionali, arriva alle fasi finali di malattia e alla morte per vie molto diverse secondo le innumerevoli scelte fatte lungo il percorso decisionale. Questo fa sì che malati quasi sovrapponibili per condizioni cliniche muoiano in tempi, luoghi e modi diversi a causa delle scelte fatte. Ad es. un malato affetto da emorragia cerebrale o dall'ultimo episodio di scompenso cardiaco può decedere a casa con un trattamento minimo o in Terapia Intensiva con pieno sostegno vitale secondo le scelte fatte (da malato, dal medico di famiglia, dai medici ospedalieri, dai parenti, ecc.) nei mesi, settimane, giorni o ore che precedono l'evento.

Da quanto finora detto emerge che la morte nella nostra società e nella nostra medicina è sempre frutto di decisioni, più o meno esplicite e consapevoli, prese lungo

il decorso della malattia, soprattutto in fase avanzata, dai vari attori coinvolti nel processo decisionale. Questo comporta che il luogo, il tempo ed il modo di morire non avvengano né per caso né in modo “naturale”.

Il fatto che il tempo, il luogo ed il momento della morte siano in qualche modo decisi lungo un intricato albero decisionale toglie quindi ogni spazio alla naturalità della morte, che diventa, invece, il frutto finale di una continua interazione fra la progressione della malattia e le scelte di trattamento o non trattamento che vengono progressivamente compiute.

L’eclisse della naturalità della morte ha molte implicazioni cliniche, etiche ed economiche e deve indurre, sia nella medicina che nella società, una piena consapevolezza che la gestione della morte prevista e prevedibile sia un dovere imprescindibile, soprattutto sul piano morale.

Infatti, perché la morte sia, come da tutti auspicato, una buona morte occorre che il concetto di morte rientri a pieno titolo fra gli scopi della medicina² e che vi sia un radicale ripensamento dell’uso dei trattamenti di sostegno vitale nelle fasi terminali di molte malattie, oltre che un’applicazione estesa e corretta della limitazione dei trattamenti chemioterapici, radioterapici, ecc.^{3,4,5}.

Un’ultima breve considerazione va rivolta alla qualità della morte poiché la morte “naturale”, oltre ad essere un errore concettuale è anche, sul piano empirico, una morte pessima perché è quasi sempre gravata da sintomi che inducono molta sofferenza. Pensare di rinunciare a trattare il morente per “lasciare fare alla natura” senza intervenire con efficaci trattamenti palliativi significa tollerare una morte molto spesso penosa per il malato ed i suoi cari. Le cure palliative sono, invece, un valido esempio di rifiuto del concetto “naturale” di morte e, al contempo, di intervento intenso (anche se non intensivo o invasivo) sulle molteplici componenti della sofferenza “globale”, al fine di migliorare la qualità della morte. Le cure palliative fanno ciò ponendo al centro delle cure e del processo decisionale il malato e la sua autodeterminazione, cercando di perseguire la migliore qualità di vita residua e la migliore qualità di morte. Tutto ciò le colloca nel piano teorico della “artificialità” con la piena consapevolezza dell’inesistenza della naturalità della morte e dell’ineluttabile necessità di gestire “artificialmente” la morte con le corrette concettualizzazioni. Il rispetto dell’autodeterminazione (secondo il principio etico di autonomia) e del best-interest del malato rappresentano un ulteriore esempio di “artificialità” che si contrappongono nettamente ad un rinunciatario atteggiamento di accettazione della peraltro inesistente benefica “naturalità” della morte.

² Gli scopi della medicina: nuove priorità. Rapporto dello Hastings Center. Notizie di Politeia 1997, 13, 45:

³ D. Mazzon et Al. Per una lettura in chiave bioetica delle Terapie Intensive. Minerva Anestesiologica 2000, 66:829-838

⁴ L. Orsi Informazione e consenso nella gestione del limite. Minerva Anestesiologica 2000, 66 (Suppl. 1):120-125

⁵ L. Orsi Direttive Anticipate e pianificazione anticipata delle cure. Atti IX congresso nazionale Società Italiana di Cure Palliative. Zadig, 1999:139-141

LA MORTE NATURALE E' MAI ESISTITA?

La risposta a questa domanda è sicuramente più ardua visto lo scarso grado di conoscenza che la storia della medicina ha sugli albori della medicina stessa. Ma, da punto di vista concettuale, si può asserire che la naturalità della morte è cessata dal momento in cui il primo ominide ha pensato di curare la malattia ed evitare la morte applicando i rudimentali rimedi che l'ambiente gli offriva. In tal senso, la naturalità del decorso della malattia e della morte è cessata con i primi tentativi di utilizzare a scopo curativo i prodotti vegetali, minerali o organici più facilmente disponibili. L'applicazione "artificiale" di tali "prodotti" a ferite, il tamponamento di emorragie e l'uso di infusi hanno verosimilmente iniziato, sia pur in modo rudimentale, a modificare l'andamento delle malattie ed ha introdotto l'artificialità nella "assistenza". Il tasso di artificialità è stato ovviamente molto basso per millenni e solo nella seconda parte del secolo appena trascorso l'esplosione del progresso tecnico-scientifico ha reso così evidente l'artificialità delle cure. Però, in un'ottica teorica, l'artificialità non è commisurabile all'entità della tecnologia applicabile; infatti, il controllo di una crisi ipertensiva o di dolore mediante, rispettivamente ottenuti, con un salasso o l'uso di prodotti vegetali non è differente dall'uso di farmaci antipertensivi o analgesici di sintesi. Infatti, a ben riflettere, non vi è nulla di più artificiale (nel senso di concettuale) del concetto di "naturale" poiché la natura è, in tal senso, un'astrazione del pensiero che il pensiero stesso tende a modificare. Infatti, nel momento in cui l'uomo ha iniziato a rifiutare l'evoluzione naturale di una malattia ha ovunque ed incessantemente cercato di trovare con l'ingegno rimedi alla malattia stessa, ai suoi effetti giudicati inaccettabili ed alla morte. La decisione di contrastare l'andamento invalidante o mortale di moltissime malattie è un atto che introduce l'artificialità perché riflette una concettualizzazione del mondo fisico che circonda l'uomo e che lo ha portato ad elaborare i concetti di malattia, di morte e di cura. Gli svariati rimedi che l'uomo, fin dalla notte dei tempi, ha provato per controllare il dolore sono l'esempio di come la "naturalità" del dolore sia stata rifiutata mediante la sua classificazione (che comporta una concettualizzazione) in effetto da eliminare fin ove possibile o utile.

In conclusione, si può affermare che il concetto di "natura" è, in se stesso, una categorizzazione del mondo sensibile che ci circonda e, quindi, risulta inevitabilmente "artificiale", anche a prescindere dall'operato della medicina sul piano strettamente empirico.