

Sedazione terminale

Chiara Lalli

La cosiddetta sedazione terminale o totale è moralmente molto prossima all'eutanasia, sebbene le emozioni e le considerazioni di strategia 'politica' suggeriscano spesso l'esistenza di una netta separazione.

La reazione *normale* al dolore è quella di sottrarsi. Il dolore fisico è uno strumento per sopravvivere (tocco il fuoco – provo dolore – mi allontano). Oppure è un effetto collaterale di uno stato patologico (provo dolore – mi faccio visitare – mi curo); di un trauma o di un intervento chirurgico (è un dolore momentaneo e destinato a finire). In alcune circostanze può diventare somigliante a un meccanismo inceppato, un dolore *inutile*. Succede nelle malattie incurabili e mortali. Il dolore delle malattie terminali non è un dolore per la sopravvivenza, non è un dolore della convalescenza. È un dolore che ha come unica possibilità di estinzione la morte.

Il tentativo di alleviarlo è un preciso dovere medico e morale: quando il medico non può più curare, deve rendere la vita del paziente meno penosa possibile. La moralità del lenimento del dolore è ammessa in larga misura. È ovvio che qualora il paziente non desideri che il suo dolore venga controllato, la sua volontà deve essere rispettata, foss'anche sostenuta dalle credenze più bizzarre. Siamo nel campo delle opinioni personali e non delle dimostrazioni morali: chi crede che la sofferenza nobiliti l'animo umano o sia la strada preferenziale verso la salvezza ha il diritto, protetto anche dalla legge, di rifiutare qualunque intervento medico che miri ad alleviare il suo dolore. Un intervento medico, anche se compiuto 'per il bene' del paziente, è illegale e immorale se il paziente capace di intendere e di volere lo rifiuta.

La medicina palliativa interviene quando non c'è più la prospettiva di una guarigione, e la malattia non può essere sconfitta, ma soltanto controllata nei suoi gravosi sintomi.

Le cure palliative hanno l'intento di alleviare la sofferenza di quanti si trovano in una situazione di morte *imminente*. L'imminenza del decesso è difficile da valutare con esattezza e sebbene in genere l'aspettativa di sopravvivenza non superi le 48 ore, il dibattito al riguardo è vivace, e tocca anche conflitti profondi come quello tra la qualità della vita e la sua durata (qualcuno direbbe la *sacralità della vita*). La medicina palliativa controlla i sintomi refrattari tramite la somministrazione di farmaci sedativi fino all'induzione di un sonno profondo.

Quando lo scopo palliativo è raggiunto attraverso la privazione di coscienza si parla di sedazione terminale (o totale, o palliativa). Secondo il *National Hospice and Palliative Care Organization* (NHPCO) lo scopo della sedazione terminale è di indurre uno stato di ridotta o assente vigilanza (incoscienza) con l'intento di attutire i sintomi intrattabili altrimenti. La sedazione terminale è prevista non solo per lenire i sintomi fisici della malattia terminale, ma anche quelli mentali, come depressione e sofferenza psichica.

Per sedazione terminale si intende dunque: l'induzione deliberata e protratta di un sonno profondo qualora non ci sia altro modo per alleviare i sintomi refrattari; lo scopo della sedazione è il sollievo e non *direttamente* la morte del paziente.

Secondo Shea (1997-2004) e Bonito e altri (2004) l'aggettivo 'terminale' è ambiguo, ed è quindi preferibile definire la sedazione come palliativa (o totale), perché l'aggettivo terminale può denotare sia la condizione del paziente, sia lo scopo di *terminare* la sua vita.

L'ammissibilità morale della medicina palliativa è abbastanza condivisa. Invece l'equivalenza morale tra la sedazione palliativa e l'eutanasia vanta pochi sostenitori. È indubbio che l'eutanasia suscita una reazione emotiva intensa; e spesso di condanna. Soprattutto la cosiddetta eutanasia attiva. Ma le credenze personali o le prese di posizione devono poi essere giustificate per pretendere una validità più generale: esistono buone ragioni per rifiutare l'equivalenza tra sedazione palliativa ed eutanasia (attiva e passiva)?

È importante ricordare che è stato riconosciuto, anche giuridicamente, come fondamentale il diritto di rifiutare le cure, perfino in quelle circostanze in cui tale rifiuto conduce alla morte.

Secondo il celebre argomento di James Rachels (Rachels 1986) c'è equivalenza morale tra eutanasia attiva e passiva, che poggia sulla molto controversa equivalenza morale tra uccidere e lasciar morire. Dal punto di vista morale non esisterebbe differenza tra una azione e una omissione che abbiano come risultato consapevole lo stesso effetto: sopprimere intenzionalmente una persona e guardarla morire senza intervenire sono 'atti' condannabili moralmente allo stesso stregua. Rachels ci invita a riflettere¹ sul caso di un uomo pasciuto e in buona salute che non offre il suo panino ad un bambino denutrito e evidentemente sofferente: non è forse costui un mostro morale alla pari di chi stringe le mani al collo di qualcuno fino a provocarne la morte?

¹ Vedi capitolo "Il bambino affamato e Jack Palance", ...

In ogni caso, in ambito medico la distinzione tra uccidere e lasciar morire è difficile da tracciare con nettezza. Ciò che è inequivocabile è che omettere non è 'un luogo neutro' in cui nascondersi. Non agire non mette al riparo dalla colpevolezza (l'omissione di soccorso).

Secondo Bonito e altri (2004) non esiste una differenza rilevante in termini di sopravvivenza tra i pazienti sedati e quelli non sedati. Pertanto la morte non viene accelerata, bensì si cerca soltanto di permettere che il decesso del paziente avvenga senza sofferenza. L'intento sarebbe esclusivamente palliativo. Questa sarebbe una ragione contro l'equivalenza.

Però: almeno nelle circostanze in cui per ottenere la sedazione si induce al paziente uno stato di incoscienza, incoscienza che permane dal momento della sedazione fino al momento della morte, che *sensu* ha quel tempo? Non è equivalente (anche dal punto di vista soggettivo) morire oggi piuttosto che tra 4 giorni, se quei 4 giorni sono privi di ogni barlume di autocoscienza?

E, dal punto di vista morale, indurre in un paziente uno stato di definitiva e totale assenza di vigilanza non è equivalente a provocare la sua morte *qui ed ora*?

Soprattutto in Italia, in cui anche le cure palliative e la sedazione palliativa sono pratiche poco diffuse e poco note, non è possibile pronunciare la parola 'eutanasia' senza incorrere in condanne quasi assolute e in reazioni emotive di scandalo². E i più tolleranti ammettono l'eutanasia cosiddetta passiva ma innalzano barricate di fronte a quella attiva.

Le ragioni razionalmente sostenute difettano. E a ben guardare ci troviamo di fronte a una serie di classi contigue prive di steccati solidi e inamovibili. Una volta ammessi il diritto di rifiutare le cure, la condanna dell'accanimento terapeutico, la moralità delle cure palliative e della sedazione totale, è difficile cementare un muro di cinta per tenere fuori l'eutanasia.

Si pensi ad esempio al caso di un paziente cui si decida di 'staccare la spina' perché si è stabilito che è moralmente preferibile lasciarlo morire (interrompendo i trattamenti) piuttosto che prolungare una condizione disperata e senza alcuna prospettiva.

Le premesse di una simile decisione sono: 1) avere giudicato preferibile la morte per quel paziente piuttosto che la sopravvivenza; 2) avere giudicato moralmente ammissibile sospendere i trattamenti (medici e/o di alimentazione e idratazione artificiali), con la consapevolezza che tale sospensione avrebbe preluso alla morte; si può anche parlare di rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Molti sono disposti ad accettare una decisione basata su 1) e 2), ma rifiutano con ardore la proposta di porre fine *intenzionalmente* e *direttamente* alla vita del *nostro* paziente tramite una azione volontaria (una iniezione letale, ad esempio). Ma a ben guardare non ci sono ragioni per condannare l'intenzionale uccisione del paziente, se non ci si è opposti allo staccare la spina³. E poi staccare la spina è una azione e non di certo una omissione.

Infatti, in base ad 1) non esiste una differenza moralmente rilevante tra la morte del paziente avvenuta mercoledì per omissione e la sua morte avvenuta la domenica precedente in seguito ad una azione. Anche nel primo caso la morte è l'unica prospettiva (se si escludono i miracoli) per il paziente, che spesso è incosciente e non ha alcuna percezione mentale di quanto sta accadendo. Quel tempo soggettivamente inesistente, allora, che senso può avere?

E se invece il tempo è denotato da una sofferenza percepita più o meno intensamente dal paziente, non è forse più morale interromperla? Non dimentichiamo che lo sfondo è sempre la morte imminente del paziente, l'irreversibilità del suo male e l'assoluta assenza di prospettive di guarigione. Sembra essere soltanto l'ipocrisia la ragione per *rimandare* la morte di un condannato (non è il paziente a chiederlo, si badi; in questo caso la sua volontà sarebbe ovviamente l'unico binario da seguire).

Per di più, spesso la sospensione dei trattamenti comporta una morte lenta e straziante per chi la osserva (benché il morente non ne sia consapevole). I medici e le persone che sono legate al moribondo assistono ad una agonia che non ha nessuna ragione medica, umanitaria o morale. A volte ci vogliono giorni, settimane. Qual è l'ostacolo morale che sbarrerebbe la strada ad un intervento *attivo* che induca la morte di un paziente immediatamente dopo la decisione che per lui sia preferibile morire?

² Esistono senza dubbio anche spiegazioni emotive nella condanna verso l'eutanasia. Secondo Shea (1997-2004): "La sedazione totale è anche "caratterizzata come 'uno strizzare l'occhio all'eutanasia da parte della società', e 'come un meccanismo di difesa psicologica per gli operatori delle cure palliative, che permette loro di concentrarsi sull'induzione farmacologica di incoscienza nei malati terminale, piuttosto che sulla consapevolezza di porre fine attivamente alla vita di qualcuno'".

³ Non mi soffermo in questa sede a valutare le eventuali buone o cattive ragioni per considerare immorale l'eutanasia passiva.