

SEDAZIONE PALLIATIVA, NON EUTANASIA INDICAZIONI TERAPEUTICHE E NORME ETICHE

a cura di Massimo Gandolfi*

CHE COS'È LA SEDAZIONE PALLIATIVA?

In ambito di cure palliative, nelle fasi terminali di malattie neoplastiche e non, la definizione “sedazione terminale” (ST) per il controllo dei cosiddetti “sintomi refrattari” può prestarsi ad interpretazioni scorrette, orientate verso un atteggiamento eutanasi. Per evitare equivoci, è auspicabile utilizzare una terminologia più rigorosa, quale “sedazione palliativa” (SP). La SP comporta la riduzione intenzionale e programmata della vigilanza, financo alla perdita della coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo intollerabile per il malato, denominato “sintomo refrattario” in quanto non emendabile con ogni altra strategia terapeutica. In questo senso, la semplice terapia analgesica (anche con oppiacei), la terapia ansiolitica o una terapia modulatrice del sonno, singolarmente prese, non possono essere considerate SP.

QUAL È L'INDICAZIONE TERAPEUTICA PER LA SP?

1. Insorgenza di eventi acuti che comportino per il paziente una sensazione di “morte imminente”. In questa categoria si devono comprendere situazioni cliniche di distress respiratorio ingravescente refrattario (soffocamento con crisi di panico) ed il sanguinamento acuto massivo, a carico delle vie digestive o vie respiratorie;
2. situazioni di progressivo aggravamento del sintomo negativo fino alla sua “refrattarietà” rispetto al migliore trattamento specifico possibile.

In generale, con le debite eccezioni, si inizia un trattamento di SP quando la refrattarietà del sintomo è presente in un periodo di tempo in cui l'aspettativa di vita del malato viene giudicata compresa fra poche ore o pochi giorni. L'appropriatezza clinica ed etica della SP dipende dal corretto giudizio di refrattarietà del sintomo che sta causando sofferenza intollerabile (e non altrimenti risolvibile) al paziente. Il “sintomo refrattario” va distinto dal “sintomo difficile”: quest'ultimo è un sintomo trattabile in modo efficace entro l'ambito della medicina palliativa ed entro un lasso di tempo accettabile per il paziente, senza ricorrere, quindi, alla SP vera e propria. In ambito oncologico e in ambito di malattie neurodegenerative terminali, i sintomi più frequentemente classificati come “refrattari” sono la dispnea, il delirium, il dolore, il vomito incoercibile, lo stato di male epilettico, il “dolore totale”. Una condizione particolare, delicata e complessa, è rappresentata dal cosiddetto “distress psicologico” (*existential distress*) caratterizzata da ansia, angoscia, panico, terrore, perdita di senso e di valore della vita (61%), sensazione intollerabile di totale dipendenza da altri e di peso per altri (48%), abbandono (22%), cancellazione di ogni moto di speranza con distruzione dell'identità personale. In questi casi di “dolore globale”, secondo la definizione di Cecily Saunders, è indispensabile una “cura globale” che coinvolga l'intervento di operatori di più aree del “sapere umano”, psicologico, spirituale e religioso.

QUALE TERAPIA FARMACOLOGICA?

Non vi è consenso univoco. Si utilizza spesso una semplice scala (“Scala di Rudkin”), che classifica il livello di “refrattarietà” del sintomo, al fine di stabilire l'entità della sedazione, da una sedazione superficiale fino alla vera SP. Il criterio generale è di ottenere l'effetto sedativo utilizzando, in prima scelta, le benzodiazepine (BDZ). Fra queste la più usata è il midazolam, sfruttando le sue caratteristiche farmacocinetiche di emivita ultrabreve (il che consente una maggiore maneggevolezza d'uso) e quasi totalmente priva di accumulo nel tessuto adiposo. Anche flunitrazepam è frequentemente utilizzato. In alternativa alle BDZ, vengono anche utilizzati neurolettici (soprattutto la clorpromazina), barbiturici di ultima generazione (tipo propofol, barbiturico ipnotico, non analgesico) o antistaminici, come la prometazina. Gli oppiacei vengono utilizzati come analgesici, non sedativi. La prima scelta è la morfina, molto efficace anche sul sintomo “dispnea refrattaria”.

Negli ultimi anni, si usa spesso un oppioide di sintesi ad emivita breve, il remifentanyl. In caso di *delirium* è necessario utilizzare un neurolettico, soprattutto l'aloiperidolo, che – però – ha scarsa efficacia sedativa. Un “cocktail” farmacologico spesso utilizzato è il cosiddetto “cocktail di Laborit”, composto da prometazina, oppiaceo, e BDZ o neurolettico. La via di somministrazione preferita è il sottocute (utilizzando un *device* programmabile nei tempi di somministrazione, chiamato elastomero); in alternativa, la via endovenosa.

Dalla revisione della letteratura specifica, risultano due dati significativi:

- la durata dell'intervento di SP è mediamente di 2,8 giorni, e viene largamente utilizzata anche a domicilio del malato;
- la sopravvivenza di pazienti sedati in fase terminale, secondo le linee guida sopra esposte, non differisce da quella dei pazienti non sedati;
- uno studio pubblicato su “Lancet Oncology” 2003 (4:312-318) riporta che pazienti trattati con SP hanno presentato una sopravvivenza più lunga rispetto ai non sedati.

QUALCHE CONSIDERAZIONE ETICA

La SP va nettamente distinta, sia sul piano empirico-clinico sia su quello etico, dall'eutanasia. Tale distinzione va articolata valutando i tre parametri costitutivi l'atto di SP:

- obiettivo (anche in ordine all'aspetto dell' “intenzione” che muove la scelta): trattamento dei sintomi refrattari;
- scelta dei farmaci utilizzati: il miglior trattamento possibile con la minor sedazione possibile della coscienza del malato;
- esito: l'allevio della sofferenza del malato (il suo maggior “benessere” possibile).

La SP è un atto medico tecnicamente difficile, che richiede valutazioni costanti per aggiustamenti terapeutici, qualitativi e quantitativi, ripetuti e, quindi, stretta relazione collaborativa e di sostegno globale con il malato ed i familiari. Il processo comunicativo circa la possibilità di comparsa di sintomi refrattari ed il conseguente processo decisionale circa l'opportunità di instaurare una SP, devono essere affrontati per tempo, anticipando il momento del precipitare dei sintomi, e non può che essere realizzato entro il contesto di una costante e concreta “alleanza di cura”.

IL MAGISTERO DELLA CHIESA CATTOLICA

Il contesto generale: “La scelta deliberata di privare un essere umano innocente della sua vita è sempre cattiva dal punto di vista morale e non può mai essere lecita né come fine né come mezzo per un fine buono” (EV56). “Se l'azione stessa del narcotico accorciasse la durata della vita, bisognerebbe rinunciarvi? In primo luogo, ogni forma di eutanasia diretta, cioè la somministrazione di narcotico per provocare o affrettare la morte, è illecita... se, al contrario, la somministrazione di narcotici produce per se stessa due effetti distinti, da una parte l'alleviamento dei dolori e dall'altra l'accorciamento della vita, essa è lecita; bisogna ancora vedere se fra questi due effetti vi è proporzione ragionevole e se i vantaggi dell'uno compensano gli inconvenienti dell'altro”. (Pio XII, “Problemi religiosi e morali dell'analgesia”, AAS 49, 1957, 129-147). “In questo caso la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio; semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina. Tuttavia, non si deve privare il moribondo della coscienza di sé senza gravi motivi: avvicinandosi la morte gli uomini devono essere in grado di soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio” (EV. 65)

* *Primario neurochirurgo*

*Direttore dipartimento neuroscienze, Poliambulanza Brescia
Vicepresidente nazionale Associazione Scienza & Vita*