# «Sedazione profonda, non eutanasia»

## *Il presidente dei medici palliativisti: così togliamo il dolore ai pazienti terminali*

LUCIA BELLASPIGA

«La sedazione palliativa *non* provoca mai la morte. Al contrario è un atto di cura, il cui obiettivo è esclusivamente calmare il dolore quando la persona è giunta naturalmente al termine della vita e i farmaci non hanno più effetto contro la sofferenza». È solo il primo dei punti fermi che Italo Penco, presidente nazionale della Società italiana di cure palliative (Sicp) e direttore della Fondazione Sanità e Ricerca, pone per diradare la confusione nata dalle parole pronunciate da Marina Ripa di Meana prima di morire. «Il messaggio è positivo e fotografa in modo esatto la realtà, ovvero l'esistenza delle cure palliative e il diritto alla sedazione ove sia il caso, ma è vero che si presta a essere travisato quando la paziente afferma che, avendo scoperto l'esistenza delle cure palliative, non ha più dovuto andare in Svizzera per il suicidio assistito, come se le due pratiche fossero un'alternativa analoga. Sono due cose addirittura antitetiche».

**In effetti può passare l'idea che la sedazione sia una forma soft di eutanasia. E certi commenti di qualche medico dalle posizioni eutanasiche molto note lo fanno pensare...**

Niente di più sbagliato: eutanasia e suicidio assistito mirano a uccidere il paziente (e sono reati), le cure palliative sono una modalità di assistenza che aiuta le persone inguaribili a non soffrire, e sono una terapia.

**Chi sono quindi i destinatari della sedazione profonda?**

I malati negli ultimi giorni (o ore) di vita, se il sintomo è ormai refrattario al trattamento farmacologico. Nessun altro. È una sedazione *terminale*: fa dormire chi sta morendo, perché non senta il dolore.

**Per intenderci, a un lungodegente cronico, a una persona in stato vegetativo, a un malato di Alzheimer, o di Sla, si potrebbe dare la sedazione profonda per porre fine alla loro vita?**

Assolutamente no. La si dà a tutti pazienti affetti da qualsiasi patologia, ma se sussistono le due condizioni già dette: stadio terminale (in media dai tre giorni prima della morte in poi) e sintomi non più gestibili con i farmaci. Può essere presa in considerazione semmai nel caso specifico di un malato che anni prima abbia scelto il ventilatore e sia arrivato al punto in cui il suo corpo non lo tollera più, dunque gli viene staccato: a quel punto morirà, e sarà sedato perché non soffochi. Ma certo non per persone in stato vegetativo o con forme di demenza.

**La sedazione è sempre indispensabile nel fine vita?**

No, tra i malati terminali ne ha bisogno un 20%. Negli altri casi la morte ad esempio può essere gestita con i farmaci, oppure il malato diventa sopo-roso senza necessità di dargli nulla, o il decesso arriva improvviso... Occorre una grande competenza per somministrare le cure palliative, che vanno personalizzate sul singolo paziente con un mix di «scienza e umanità», come disse Cicely Saunders, la madre delle cure palliative negli anni '60.

**La sedazione profonda provoca mai la morte?**

Mai. È come l'anestesia durante l'intervento chirurgico: addormenta, provoca la perdita di coscienza, non uccide. Non a caso si usa la benzodiazepina – il farmaco delle anestesie – modulato a seconda delle necessità, e solo in alcuni casi gli oppioidi.

**Può abbreviare la vita?**

Gli studi dimostrano che la sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei non sedati. Secondo uno studio pubblicato nel 2003 su *Lancet Oncology*, addirittura quelli che vengono sedati per un periodo superiore alla settimana prima del decesso sopravvivono più a lungo di quelli non sedati, e il perché è ovvio: immagini un malato che soffre, i cui sintomi si ripercuotono a catena... morirà prima e morirà male.

**È vero, quindi, che il suicidio assistito è una falsa esigenza, perché esiste già in Italia il modo per non soffrire, come dice nel video Marina Ripa di Meana?**

È così. Chi pensa al suicidio assistito? Chi ha paura del dolore e della solitudine, e le cure palliative si occupano a 360 gradi del fine vita non solo dal punto di vista fisico, ma della completa dimensione umana, ovvero dell'aspetto relazionale, psicologico, sociale, spirituale. Affrontano il cosiddetto "dolore totale".

**Sono un diritto ormai dal 2010 (legge 38). Le pare credibile che una donna di mondo come la Ripa di Meana non ne sapesse nulla?**

Ahimé sì, e lo dico per esperienza. Noi palliativisti non ci stupiamo più, anche le persone colte non sanno di questa possibilità, persino molti medici. Nei corsi di laurea le cure palliative non si insegnano, quindi i giovani medici che cosa potranno spiegare ai pazienti? Persino nelle scuole di specializzazione non esistono ancora i crediti formativi specifici. Soprattutto manca l'assistenza palliativa a domicilio, eppure morire a casa è un indice di qualità irrinunciabile.

**Le "battaglie" di Marco Cappato per eutanasia e suicidio assistito sono insomma un falso problema?**

Spero che in Italia non si arrivi mai alle soluzioni che auspica. Lottiamo invece per le cure palliative, questa è la vera battaglia: la legge 38 è inapplicata, mancano risorse, non c'è mai stata la Conferenza Stato-Regioni per unificare le tariffe, eppure il principio di equità è fondamentale. Il dramma peggiore riguarda i bambini: 35mila ne avrebbero bisogno, solo 5mila le ricevono.

**Non c'è il rischio che la nuova legge sulle Dat presti il fianco a forzature eutanasiche quando parla di sedazione palliativa?**

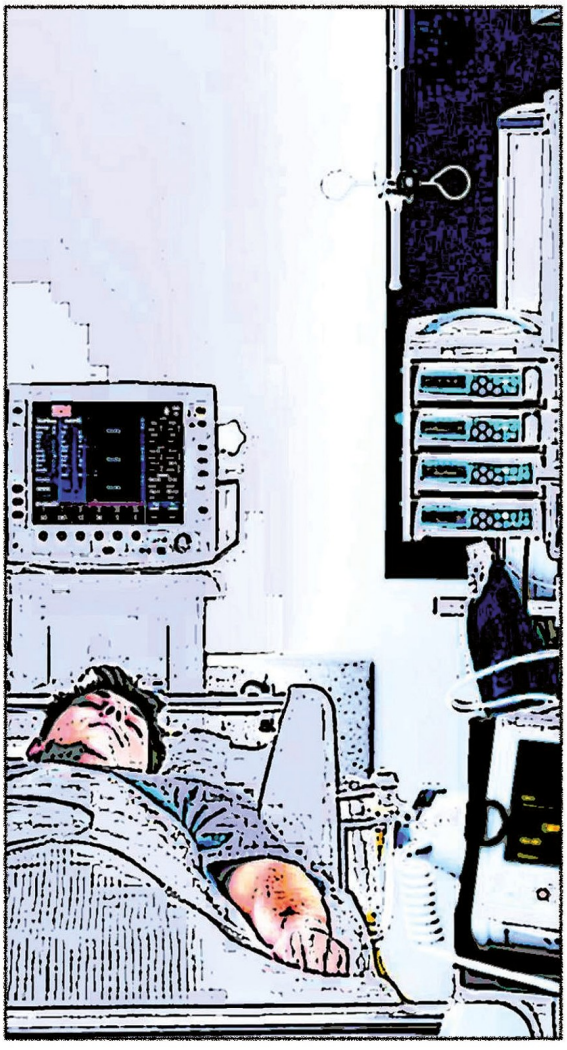
Indica chiaramente "imminenza di morte" e "sofferenze refrattarie ai farmaci". Chi ne auspica l'uso come modalità per provocare la morte mente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'intervista

Per Italo Penco la confusione è intollerabile: «Le nostre terapie fanno perdere la coscienza nelle ultime ore di vita, non uccidono Suicidio assistito? Falsa risposta»

Italo Penco



**IL FATTO**

### La fine di Marina Ripa di Meana «Non serve andare in Svizzera»

**«Fallo sapere, fatelo sapere»... Si conclude con un accorato appello il video che Marina Ripa di Meana ha voluto girare «quando il momento della fine è davvero giunto», con accanto Maria Antonietta Farina Coscioni che leggeva la sua lettera-testamento. Un appello destinato «a quanti pensano che per liberarsi per sempre dal male si sia costretti ad andare in Svizzera, come io credevo di dover fare». A questo scopo si era rivolta ad Antonietta Coscioni, che però «mi ha detto che potevo percorrere la via italiana delle cure palliative con la sedazione profonda», ovvero morire in casa propria, in maniera naturale, sedata per liberarsi dal dolore. Una realtà nota, ma "dimenticata" da chi ideologicamente sostiene la necessità del suicidio assistito o dell'eutanasia. (L.B.)**

**DA SAPERE**

### «Mai l'intenzione di sopprimere»

**«Una corretta assistenza umana e cristiana prevede, quando necessario nella terapia, con il consenso dell'ammalato, l'uso di farmaci che siano atti a lenire o a sopprimere il dolore, anche se ne possono derivare torpore o minore lucidità». Lo si legge al n.153 nella «Nuova carta degli operatori sanitari», pubblicata nel 2016 dal Pontificio Consiglio per la pastorale della salute. «Nella fase terminale – aggiunge il paragrafo successivo – per lenire i dolori può essere necessario l'uso di analgesici anche a dosaggi elevati; questo comporta il rischio di effetti collaterali e complicazioni, compresa l'anticipazione della morte. È necessario, quindi, che vengano prescritti in modo prudente e lege artis» ("a regola d'arte"). Segue una citazione del Catechismo (al n.2279): «L'uso degli analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile». La «sedazione palliativa profonda in fase terminale – prosegue la Carta al n.155 –, clinicamente motivata, può essere moralmente accettabile» se viene «esclusa ogni intenzionalità eutanasica», e «non deve comportare la sospensione delle cure di base».**

# Per le cure di fine vita l'umanità della legge 38

MARCELLO PALMIERI

La sedazione profonda, nella disciplina medica, non viene praticata con l'intenzione di dare o comunque accelerare la morte; al contrario, costituisce l'ultimo rimedio per eliminare il dolore nell'imminenza del decesso. Si tratta dunque di un atto riconducibile alle cure palliative, preordinate alla «tutela e promozione della qualità della vita – così recita l'articolo 1 della legge 38/2010 – fino al suo termine». Eutanasia e suicidio assistito non c'entrano nulla. Anzi, sono il loro opposto. Queste ultime pratiche – anche se attuate nella fase terminale dell'esistenza – diventano infatti esse stesse la causa voluta della morte. Non è invece così per le «cure compassionevoli»: loro obiettivo è rendere più sereno il tramonto della vita, accompagnando verso la morte malato e familiari. Ma una morte ineluttabile, che interviene naturalmente per la patologia di cui soffre il paziente e non a seguito di somministrazioni mediche.

Questo è avvenuto anche per la pratica scelta da Marina Ripa di Meana per accompagnare le sue ultime ore, intervento medico che il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) – organo consultivo del Governo – con parere del gennaio 2016 aveva invitato a chiamare non più «sedazione terminale» bensì «sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte». Una vera e propria cura medica «per ridurre fino ad annullare la coscienza del paziente, allo scopo di alleviare il dolore e il sintomo refrattario fisico e/o psichico, intollerabile per il paziente, in condizione di imminenza della morte». Dunque un intervento moralmente e clinicamente non solo accettabile ma pure doveroso, purché – spiega sempre il Cnb nel suo parere – attuato in presenza di «malattia inguaribile in uno stadio avanzato», «morte imminente», «uno o più sintomi refrattari o di eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il paziente». Cui si aggiunge, ovviamente, il «consenso informato» di quest'ultimo così come ricavabile dall'articolo 32 della Costituzione.

**Approvata nel 2010 per garantire a tutti l'accesso a terapie adeguate nella fase finale della malattia, la norma chiarisce il primato della persona**

E per sottolineare ulteriormente come questo tipo di sedazione – già definita «palliativa» – fosse da ricomprendere tra le buone pratiche mediche del fine vita, il Cnb aveva dichiarato di auspicare «una piena applicazione e integrazione della legge 38/2010, che regola in Italia le cure palliative e la terapia del dolore». Una decisione consonante con l'articolo 39 del Codice di deontologia medica, che in caso di «paziente con prognosi infausta» già invitava il sanitario a improntare «la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita».

Non è dunque una novità introdotta dalla recente legge sul fine vita la possibilità di ricorrere a questa pratica: piuttosto, il nuovo testo ha recepito fedelmente quanto già delineato dalla legge 38/2010 sulle cure palliative, chiarito dal Codice deontologico del 2014 e confermato – all'esito di una meticolosa ed estesa analisi – dal Comitato nazionale per la bioetica nel gennaio 2016. Per rendersene conto basta leggere il secondo comma dell'articolo 2, e osservare come la cosiddetta norma sul "biotestamento" riproponga fedelmente – almeno in tema – le conclusioni maturate negli ultimi sette anni: «Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte – questa infatti la lettera –, in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente». Si ribadisce così che le «cure compassionevoli» e le terapie che le concretizzano sono e restano un servizio alla vita. Non uno strumento di morte a comando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Francia. Analgesìa o «morte provocata»?

DANIELE ZAPPALÀ

Diritto legittimo del paziente, oppure pericoloso spiraglio lasciato a forme di eutanasia mascherata? In Francia, prosegue il dibattito sulla «sedazione profonda e continua fino al decesso», prevista dalla legge sul fine vita del febbraio 2016, votata durante la scorsa legislatura a maggioranza socialista.

Secondo l'articolo 3 della legge, il paziente può pretendere di essere addormentato fino alla morte per «evitare qualsiasi sofferenza e per non subire un'ostinazione irragionevole» nel proseguimento delle cure. Si tratta di una misura irreversibile, essendo «associata a un'analgesia e a un arresto dell'insieme dei trattamenti di mantenimento in vita».

Ma tale diritto del paziente può essere esercitato solo in tre casi specifici: il paziente, in fin di vita, «presenta una sofferenza refrattaria ai trattamenti»; il paziente, colpito da un male «grave e incurabile», decide di arrestare un trattamento vitale, esponendosi così a una «sofferenza insopportabile»; il paziente non è in grado di esprimersi, ma subisce un accanimento terapeutico.

Fin dal titolo la legge mira a creare «nuovi diritti a favore dei malati e delle persone in fin di vita», in modo da riequilibrare i perimetri di potere fra medici e pazienti. In proposito, l'altra misura chiave della legge riguarda il carattere «vincolante» (in primis, per i medici) del testamento biologico del paziente.

Secondo molti esperti, la nuova disciplina comporta il rischio di approdare a forme di morte provocata, non di rado contigue all'eutanasia attiva e al suicidio assistito. Per ogni caso specifico, in effetti, molto dipende dall'interpretazione del corpo medico. Da qui, le azioni di sensibilizzazione promosse in Francia da ong come Alliance Vita, preoccupate dal rischio concreto di abusi, sullo sfondo di un clima ospedaliero condizionato in Francia da vincoli economici sempre più stringenti.

**La legge varata nel 2016 prevede la «sedazione profonda e continua fino al decesso» Ma la sua applicazione dà luogo ad ambiguità interpretative**

Fra i punti più controversi, potenzialmente capaci di minare il rapporto di fiducia fra pazienti e medici, vi è pure l'assimilazione della nutrizione e dell'idratazione a «trattamenti che possono essere arrestati». Ma i difensori del nuovo diritto dei pazienti ricordano che la sedazione profonda fino al decesso è in ogni caso l'ultimo atto di una procedura collegiale. E questo, nella maggioranza dei casi, dovrebbe proteggere i pazienti quanto meno da atti presi in modo precipitoso o dubbio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VpIyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOC0wMS0xMlQxMjo0Nzo1NiMjI1ZFUg==