

B - LA TERAPIA ANTALGICA

Aspetti sanitari - etici - psicologici

La terapia antalgica è l'impegno più umano e più evangelico che *“affranca l'uomo dall'atavico nemico: il dolore, che lo umilia, lo trasforma e lo distrugge!”*¹.

La tutela della salute e la cura della malattia non può prescindere dalla lotta contro il dolore. I due assiomi *“Humanum sedare dolorem”* e *“Divinum opus est sedare dolorem”* sono ormai patrimonio culturale collettivo. Tali concetti sono chiaramente espressi e articolati nella riflessione teologica del magistero della chiesa, nei codici *di deontologia medica*, nelle *carte dei diritti del malato* e nello sviluppo scientifico della medicina soprattutto nel settore oncologico.

Oggi la terapia antalgica dispone di grandi mezzi per attenuare o spegnere il dolore, perciò è necessario conoscere i *principi etici* che devono guidare l'azione del medico e di tutti gli operatori sanitari.

1.Terapia Antalgica: definizione

Per terapia antalgica si intende: *“la somma degli atti ed interventi tesi alla soppressione, attenuazione e fors'anche diversa percezione di sensazioni dolorose, abnormi per tipo, intensità e durata, sì da incidere profondamente, in maniera episodica, ricorrente o continua sulla qualità della vita”*².

La terapia del dolore pone problemi su vari aspetti:

nell'ambito medico-legale; in relazione alla liceità dei trattamenti farmacologici; in rapporto alla responsabilità medico-professionale e all'abusivo esercizio delle professioni sanitarie. Inoltre essa pone problemi in relazione alla dibattuta questione della eutanasia, allorché il paziente rifiuti le cure o addirittura chieda la soppressione della vita per l'intollerabilità delle sofferenze e l'inefficacia degli analgesici.

¹ Romoli M. (a cura di), *Atti del simposio di terapia antalgica*, Accademia pratese di medicina e scienze, Prato 16 novembre 1980, p.6.

² *Ib.*, p. 21.

Di fronte al dolore, il medico dovrà rigorosamente attenersi alle regole deontologiche più corrette, al fine di attuare una terapia motivata con adeguata scelta di mezzi e metodi coerenti anch'essi ai principi etici³.

2. Incidenza del dolore nel malato di cancro

Nella fase acuta e terminale dei pazienti oncologici è frequente la comparsa della sintomatologia dolorosa a carattere acuto e lancinante che tende in seguito a diventare cronica. La sindrome espansiva neoplastica, genera infatti situazioni patologiche in cui l'uso degli analgesici diventa necessario e spesso indispensabile.

Il dolore da cancro avanzato, rappresenta un problema sociale di enorme importanza, infatti la "popolazione che viene interessata in patologie tumorali ammonta a 250.000 unità e, di queste, circa 110.000 muoiono ogni anno nel nostro paese. Se si considera che grazie alle moderne tecniche di trattamento oncologico, il tempo di sopravvivenza va gradualmente aumentando e che le percentuali di incidenza del dolore, nelle fasi avanzate della malattia, raggiungono valori che vanno dal 60 all'85% dei casi, risulta evidente l'importanza di poter controllare il sintomo *dolore*. Inoltre è interessante considerare l'incidenza di insorgenza del dolore. Un rapporto del Memorial hospital di New York, descrive l'insorgenza del dolore in base ai tipi di patologia oncologica: ossa 85% , cavità orale 80%, mammella 52%, polmone 45%, G.U. maschile 75%, G.U. femminile 70%"⁴.

2.1. Le cause del dolore nel paziente di cancro

Il dolore da cancro può essere provocato da numerose cause che dal punto di vista eziopatogenetico possono essere così riassunte:⁵

- Invasioni neoplastiche su tessuti innervati, quali fascia o periostio
- infiltrazioni o compressioni di grossi tronchi nervosi
- infezioni o infiammazioni di tessuti contigui alla massa tumorale
- ostruzioni da un viscere cavo
- ostruzioni vascolari (dolori ischemici)

³ Cfr. Bellucci G. Lorè C., *Aspetti medico-legali della terapia antalgica*, in Romoli M. (a cura di), op. cit., p.23.

⁴ Ventafridda V., *Incidenza del fenomeno dolore*, in Romoli M. (a cura di), op. cit., p.27.

⁵ Idem, *Attuali prospettive della terapia antalgica nel paziente neoplastico*, in Romoli M. (a cura di), op. cit., p. 28.

- esiti di terapia: neuro tossicità da chemioterapia: ischemia del perinervio da irradiazioni, nevriti da amputazione e da rescissione da tronchi nervosi.

Le percentuali di incidenza nella insorgenza del dolore sono del 77% per evoluzione tumorale; del 19% per terapia oncologica e del 4% per altre cause.

Alle varie classificazioni corrispondono particolari caratterizzazioni del dolore; accenno ad alcune:

- il dolore da lesione del tessuto nervoso altera la sensibilità e la funzionalità motoria, il paziente avverte punture di spillo e bruciori come di fuoco.
- Nel dolore da lesioni di altri tessuti, il paziente avverte crampi e il dolore assume la caratteristica della trafittura⁶.

Nel paziente in evoluzione metastatica queste due caratterizzazioni del dolore sono spesso concomitanti.

3. L'uso dei farmaci antalgici

L'uso dei farmaci antalgici riveste una fondamentale importanza e rappresenta la parte più rilevante dei trattamenti del dolore soprattutto nei pazienti terminali.

Nella gestione della terapia antalgica è doveroso tenere presenti i seguenti principi:

- controllare gli effetti collaterali della terapia.
- verificare che il dosaggio dia una copertura continua nell'arco delle 24 ore e che venga somministrato ad orari fissi in modo da prevenire l'insorgenza del dolore.
- nei limiti del possibile usare sostanze pure e non combinazioni⁷.

L'approccio farmacologico al trattamento del dolore da neoplasia è stato ampiamente considerato dall'organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) che ha elaborato, in proposito, delle linee guida che devono essere ben conosciute dagli operatori sanitari.

Le indicazioni fondamentali e le raccomandazioni di ordine generali, ivi contenute, sono riassunte nel seguente schema:⁸

- scegliere il farmaco analgesico più appropriato
- prescrivere la dose appropriata del farmaco
- somministrare il farmaco attraverso la via più appropriata
- stabilire l'appropriato intervallo fra una dose e la successiva

⁶Cfr. Ventafridda V., *Incidenza del fenomeno dolore*, in Romoli M. (a cura di), op. cit., p.27.

⁷Cfr. Ib., p. 32.

⁸Cfr. Alici L. e altri., *La dignità degli ultimi giorni*, Paoline, Milano 1998, p. 28.

- prevenire un dolore persistente ed evitare il dolore da sospensione del farmaco.
- modificare subito la dose del farmaco se necessario
- prevenire, anticipare e trattare gli effetti collaterali del farmaco
- seguire un approccio sequenziale e graduale nei tentativi di scelta del farmaco analgesico.
- usare appropriati farmaci adiuvanti.

Un **criterio** importante nell'approccio farmacologico per la terapia del dolore è quello della **gradualità d'impiego delle varie classi di farmaci**. Questo criterio è così importante da incidere in modo *sostanziale* sulla qualità della vita del malato in fase grave e terminale. Per questa ragione ritengo utile presentare sia pur brevemente le principali classificazioni dei farmaci usati nella terapia antalgica.

In rapporto alle loro caratteristiche farmacologiche e alla loro efficacia possiamo distinguere i farmaci analgesici in tre categorie principali:⁹

- farmaci non oppioidi
- farmaci oppioidi
- farmaci adiuvanti

3.1. I farmaci non oppioidi

I farmaci non oppioidi sono rappresentati dai cosiddetti FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei); ad essi appartengono: paracetamolo, aspirina, ed altri. Questi rappresentano i farmaci di prima scelta nella terapia del dolore da neoplasie. Essi agiscono a livello periferico, cioè sul dolore che deriva dalla stimolazione delle terminazioni nervose delle fasce muscolari, dei tendini, delle membrane sierose, del periostio e del sottocutaneo.¹⁰

I Fans, tuttavia, sono spesso causa di effetti collaterali sgradevoli; i più rilevanti sono quelli a carico dello stomaco e intestino: bruciori, gastrite, ulcere, sanguinamento, perforazione ecc; se il trattamento è protratto per lungo tempo, possono recare danno anche alla funzione renale. Per queste ragioni la terapia con i Fans non va protratta in modo continuativo per oltre 4-5 settimane, e durante il trattamento è necessario associare sempre farmaci gastro-protettori.

3.2 I farmaci oppioidi

⁹ Cfr. Ib., p. 29.

¹⁰Cfr. Ib., p. 28.

farmaci oppioidi vengono usati quando i fans risultano inefficaci o hanno causato seri effetti collaterali.

Gli **oppioidi** sono sostanze naturali di derivazione vegetale, o composti ottenuti per sintesi in laboratorio; essi sono denominati “oppioidi” perché hanno un meccanismo d’azione simile a quello della morfina e dell’oppio.

“ Essi agiscono legandosi a specifici recettori situati in diverse aree cerebrali e nel midollo spinale, provocando in tal modo analgesia”¹¹.

Gli oppioidi si distinguono in “*deboli*” e “*forti*”.

Gli oppioidi deboli sono rappresentati anzitutto dalla *codeina*, il più noto e maggiormente utilizzato, e da altri: ossicodone, destropropossifene, buprenorfina.¹²

Gli effetti collaterali degli oppioidi deboli sono assai modesti e ben tollerati, sono: stipsi, sonnolenza, nausea, ed altri.

Nella progressione degli schemi di terapia analgesica gli *oppioidi deboli* sono efficaci per alcune settimane poi si rende necessario passare all’uso degli oppioidi forti.

3.2.1. Gli oppioidi forti

Sono rappresentati dalla morfina e dal metadone.

- *La Morfina*

Esiste un preparato di **morfina solfato o cloridrato** in soluzione acquosa a rapido assorbimento che può essere somministrato per via orale, è ben tollerato ed è a basso costo. Viene assorbito facilmente dalla mucosa duodenale. Poiché ha una breve durata di azione, richiede somministrazioni ripetute nel corso della giornata, in genere ogni quattro ore. Le dosi efficaci variano da caso a caso, ma è necessario aumentare gradualmente nel corso del tempo. Esiste un altro preparato orale di morfina solfato, disponibile in compresse e a lento assorbimento intestinale ma costante e continuo; la sua durata è di 10 o 12 ore, per cui la somministrazione può essere effettuata due o al massimo tre volte al giorno. E’ una formula molto usata nel trattamento cronico.¹³

- *Il metadone*

Il metadone è un oppioide di sintesi, e rappresenta una valida alternativa alla morfina quando questa non è più sufficientemente efficace. La sua efficacia analgesica dura 6-8-ore. Ha una potenza di azione doppia rispetto a quella della morfina, e a causa della

¹¹ Ib., p.31.

¹² Ibidem.

¹³ Cfr. Ib., pp. 31-32.

lunga durata di azione, può creare fenomeni di accumulo nell'organismo e quindi tossicità.

Gli effetti collaterali più comuni della morfina e del metadone sono: nausea, vomito, stipsi, sonnolenza. Inoltre gli oppioidi forti possono determinare una *depressione respiratoria*; è un disturbo serio e pericoloso che può causare la morte del paziente per insufficienza respiratoria.

3.2.2. La dipendenza

L'uso cronico degli oppioidi può generare una dipendenza *fisica e psichica*.

La dipendenza fisica si manifesta con una **sindrome da astinenza** nei pazienti che interrompono bruscamente l'assunzione degli oppiacei. I sintomi consistono in ansietà, salivazione, lacrimazione, sudorazione, nausea, vomito, crampi addominali, insonnia.

La sindrome di astinenza può essere prevenuta riducendo gradualmente la dose del prodotto.

La dipendenza psicologica è caratterizzata da un bisogno forte di assunzione di un oppioide con lo scopo di raggiungere *altri effetti, diversi* da quelli del sollievo del dolore. Tuttavia è davvero raro che nel paziente oncologico si manifesti la dipendenza psicologica; ciò è dimostrato dall'esperienza comune. Per questa ragione non è giustificato sospendere la terapia oppioide nel malato di cancro quando ve ne sia una vera indicazione, per il solo timore di indurre dipendenza psicologica.¹⁴

Quando la terapia analgesica per via orale e parenterale, non risulta più efficace, si ricorre alla somministrazione di farmaci oppioidi per via spinale. La potenza di efficacia di questa via di somministrazione è 5-10 volte più intensa che per via sistemica. Gli inconvenienti di questa via di somministrazione derivano dal costo superiore, dalla difficoltà di gestione in ambiente domiciliare e dalle possibili complicanze locali¹⁵.

3.3. I farmaci adiuvanti

Appartengono a questa categoria: i cortisonici, alcuni antidepressivi, la calcitonina e i difosfonati. Sono chiamati *adiuvanti* perché in genere si associano agli oppioidi per potenziarne l'effetto, ridurre il dosaggio o correggere altri sintomi. Essi, tuttavia,

¹⁴ Cfr. Ib., p. 33.

¹⁵ Cfr. Ib., p.34.

possono essere efficaci anche da soli in alcuni tipi di dolore, soprattutto nelle prime fasi della malattia ¹⁶.

Concludendo si può affermare che la terapia antalgica, correttamente praticata, risulta efficace nella quasi totalità dei pazienti oncologici e migliora la qualità della vita. Tuttavia “ *nel nostro paese il dolore da cancro è ancora sottotrattato sebbene siano disponibili farmaci efficaci e di facile somministrazione... Anzitutto i medici vanno educati al corretto uso degli analgesici... Da un lato occorre rassicurare i pazienti che è possibile controllare la sofferenza fisica con i mezzi terapeutici oggi disponibili e che non verranno abbandonati a loro stessi dai medici, ma saranno assistiti fino in fondo con ogni mezzo. Dall'altro, vanno incoraggiati i familiari a cooperare con il personale sanitario, e rassicurati sul sostegno che potranno ricevere nel loro ruolo di assistenza al proprio congiunto ed anche sulla efficacia e validità dei rimedi farmacologici* “ ¹⁷.

4. Aspetti psicologici della terapia del dolore

Dal punto di vista psicologico il dolore, nel malato oncologico, ha un significato di manaccia alla vita, e la sua persistenza ed il suo aggravamento sono collegati con la progressione inesorabile del tumore. “ Si tratta infatti di un messaggio di *morte non lontana* con le evidenti e gravi implicazioni psicologiche che ne derivano” ¹⁸. Pertanto il buon controllo del dolore ottiene lo scopo di togliere questo continuo messaggio di morte dalla via quotidiana dei malati, e facilita un rinnovato e di solito spontaneo interesse per la vita in genere e per il futuro di essa in particolare. Infatti i pazienti oncologici che non hanno dolore, sono più interessati alla vita e programmano il loro futuro senza porvi particolari limiti anche se sono correttamente informati sulla prognosi ed anche in situazioni di malattia avanzata.

Il dolore del malato di cancro non è originato soltanto dalla lesione tumorale primitiva o secondaria, ma anche dalle terapie oncologiche: chirurgiche, chemio-terapiche, radio-terapiche e dalle loro conseguenze. E' un dolore che non scompare spontaneamente ma è destinato a persistere e ad aggravarsi; è una esperienza di sofferenza continua che può raggiungere intensità elevate se non è adeguatamente trattata. Il dolore persistente produce effetti psicologici devastanti, esso pian piano occupa tutto il campo della

¹⁶ Cfr. Ib., p.34

¹⁷ Ib., p. 35

¹⁸ Gottlieb A. Luzzani M., *Terapia del dolore*, in Bellani M.L. e altri (a cura di), op. cit., p. 550.

coscienza, influisce sul riposo notturno, e per questi motivi, prescindendo dal suo significato nel decorso della malattia, genera **ansia, depressione e paura**. “*Questi mutamenti psicologici determinano un abbassamento della soglia del dolore e quindi, a parità di stimolo doloroso, una maggiore sofferenza dovuta a una più elevata intensità di dolore percepito; mentre da un lato è evidente la sua importanza nel causare mutamenti psichici, dall’altro c’è una lunga serie di fatti incontrovertibili che dimostrano l’influenza degli stati psicologici sulla percezione del dolore sia nella direzione dell’abbassamento sia dell’innalzamento della soglia*”¹⁹.

E’ stato ormai accertato che le situazioni cognitive ed emotive che aumentano la percezione del dolore: ansia, depressione, paura, attenzione al proprio corpo, esaltano l’effetto dei neuro trasmettitori allogenici nel sistema nervoso e deprimono l’effetto dei neuro-trasmettitori analgesici: noradrenalina, serotonina, endorfine. Gli stati psichici che deprimono la percezione del dolore: allegria, suggestioni, esercizio fisico, agiscono in modo opposto. Pertanto il *dolore persistente e la depressione*, potenziandosi a vicenda, creano facilmente un circolo vizioso che può essere interrotto efficacemente affrontando entrambe le situazioni con adatti provvedimenti terapeutici. Non si può parlare di terapia del dolore tumorale, senza prendere in considerazione la terapia della depressione e dell’ansia che gli sono collegate e viceversa.

L’incidenza della depressione nei pazienti neoplastici è significativamente superiore rispetto a quella di pazienti portatori di altre patologie, essa però, spesso, non viene trattata in quanto è considerata una reazione normale alla gravità della malattia stessa.

E’ necessario superare questo atteggiamento e creare una nuova coscienza e sensibilità al riguardo, in primo luogo negli operatori sanitari, e poi nella gente comune. E’ dimostrato infatti, da studi recenti, come la depressione, l’angoscia, l’ansia, l’incertezza del futuro, la paura della morte influenzano negativamente i risultati non solo della terapia antalgica ma anche quella di altre terapie e della sopravvivenza stessa dei pazienti²⁰. Inoltre la sofferenza psicologica è spesso il *dolore più profondo* e più coinvolgente che il paziente oncologico è costretto a sopportare²¹. Pertanto nell’impostazione della terapia antalgica bisogna tenere presente sempre l’aspetto psicologico e gli eventuali farmaci antidepressivi.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Cfr. Ventafridda V., *Attuali prospettive della terapia antalgica nel paziente neoplastico* in Romoli M. (a cura di), op.cit., pp. 28-29.

²¹ Cfr. Sandrin L., *Come affrontare il dolore*, Paoline, Milano 1995, p. 99ss.

5. Aspetti etici della terapia antalgica

5.1 L'informazione

Uno degli aspetti che viene maggiormente trascurato nell'ambito della *verità al paziente* è proprio l'informazione sulla terapia antalgica. Una adeguata informazione è essenziale perché il paziente collabori alla cura stessa, accetti l'uso di farmaci oppioidi superando i pregiudizi al riguardo, ed assuma i farmaci nelle ore e modalità stabilite. Quando le vie di somministrazione: orale, parenterale e venosa, non sono più efficaci o praticabili, può essere necessario il ricorso a vie più invasive o cruente quali quella del midollo spinale. Ovviamente queste vie più impegnative implicano problemi gestionali non indifferenti nei pazienti a domicilio e generano spesso effetti collaterali e complicazioni di rilievo. Tuttavia nel dolore intenso e persistente del malato grave o terminale, questi mezzi hanno una buona efficacia e consentono una miglior qualità della vita. Spesso i pazienti, non adeguatamente informati sullo stato di gravità della malattia, rifiutano le cure che richiedono mezzi "cruenti" perché ritenute eccessivamente pesanti in rapporto alle diagnosi tranquillizzanti e alle promesse che vengono loro comunicate²². E così l'informazione scorretta o non adeguata, genera un cattivo controllo del dolore che peggiora notevolmente la qualità della vita degli ultimi giorni.

5.2. Il dolore: sopportare o sopprimere?

E' lecito per il cristiano sedare il dolore? Se la risposta è affermativa, allora viene spontaneo domandarsi: quale significato ha per il cristiano il suo fondamentale impegno di configurazione a Cristo e al suo mistero pasquale? Se la risposta è negativa allora sorge un'altra domanda : perché Gesù ha curato i malati, è andato incontro all'uomo sofferente, lo ha liberato dal dolore e dalla malattia, ed ha invitato i discepoli stessi a continuare la sua missione di tenerezza e compassione verso i sofferenti? Gli interrogativi sono pertinenti e postulano risposte chiarificanti. Il cristiano che vive la propria sofferenza nella fede e la unisce al mistero pasquale del Redentore, trasforma certamente la propria sofferenza in dolore salvifico; ma è altrettanto vero che il cristiano è chiamato a fare della sua vita un *dono* nel *servizio* di Dio e del prossimo e ciò "richiede una maturità umana e un pieno uso del dono della libertà - che a sua volta - "esige una maturità spirituale"²³. Ciò che conta per il cristiano è la fedeltà alla

²²Cfr. Gottlieb A., *Terapia del dolore*, in Bellani M.L. e altri (a cura di), op. cit., p. 551.

²³Cfr. Schinella I., *Il cristiano, il dolore e gli analgesici*, Vivarium 3, 1993, p.521.

vocazione della propria esistenza, che può essere realizzata tanto attraverso la sopportazione del dolore fisico, quanto attraverso la sua eliminazione attraverso l'uso dei mezzi farmacologici. L'insegnamento di Pio XII è al riguardo molto chiaro ed ancora attuale: *“ E’ tenuto il cristiano ad accettare il dolore fisico per non mettersi in contraddizione con l’idea propostagli dalla fede? Se è incontestabile che il cristiano prova il desiderio di accettare ed anche di cercare il dolore fisico per meglio partecipare alla passione di Cristo, rinunciare al mondo ed alle soddisfazioni sensibili e mortificare la propria carne, bisogna tuttavia interpretare rettamente questa propensione. Coloro che la manifestano esteriormente non possiedono perciò necessariamente il vero eroismo cristiano; ma sarebbe altresì erroneo affermare che ne siano sprovvisti coloro che non la manifestano. Tale eroismo può infatti manifestarsi in molti altri modi. Quando un cristiano, giorno per giorno, da mane a sera compie tutti i doveri che gli impone il proprio stato, la professione, i comandamenti di Dio e degli uomini, quando prega con raccoglimento, lavora con tutte le sue forze, resiste alle passioni cattive, manifesta al prossimo la carità e la dedizione dovutegli, sopporta virilmente, senza mormorare, tutto ciò che Dio gli manda, la sua vita è sempre sotto il segno della croce di Cristo, sia presente o no la sofferenza fisica, la sopporti o la eviti con mezzi leciti. Anche se si considerano solo gli obblighi che gli incombono sotto pena di peccato, un uomo non può vivere e compiere da cristiano il suo lavoro quotidiano, senza essere costantemente pronto al sacrificio e, per così dire, senza sacrificarsi continuamente. L'accettazione del dolore fisico non è che un modo, tra molti altri, di significare ciò che è essenziale: la volontà di amare Dio e di servirlo in tutte le cose. Nella perfezione di questa disposizione della volontà consiste anzitutto il valore della vita cristiana ed il suo eroismo”²⁴.*

Da questa ampia spiegazione di Pio XII emerge chiaramente che la santità non è solo il martirio o l'accettazione del dolore fisico, ma è santità soprattutto compiere il proprio dovere.

Continuando la riflessione su questa tematica, il pontefice arriva a dire che la soppressione del dolore, talvolta, può diventare fonte di autentica e migliore vita umana e spirituale.

Pio XII lo afferma con queste parole: *“Quali motivi permettono di evitare il dolore fisico senza entrare in conflitto con un obbligo grave o con l’ideale della vita cristiana?”*

²⁴ Pio XII, *Discorsi ai medici*, Orizzonte medico, Roma 1959, pp.562-563.

Se ne potrebbe elencare un gran numero ; ma nonostante la loro diversità, alla fine, essi si riducono al fatto che a lungo andare, il dolore impedisce il raggiungimento di beni e di interessi superiori. Può darsi che esso sia preferibile per tale determinata persona, e in tale situazione concreta; ma generalmente i danni che esso produce costringono gli uomini a difendersene”²⁵.

Riferendosi soprattutto ai morenti colpiti da dolori insopportabili, il papa dichiara espressamente che l’acceptare il dolore non proviene dalle fonti della Rivelazione; tuttavia il malato, nello spirito del vangelo, ha certo motivo speciale di accettarlo. *“che i moribondi abbiano più degli altri l’obbligo morale, naturale o cristiano di accettare il dolore o di accettare la mitigazione del dolore, ciò non proviene né dalla natura delle cose né dalle fonti della rivelazione . Ma per il fatto che, secondo lo spirito del vangelo, la sofferenza contribuisce all’espiazione dei peccati personali e all’acquisto dei meriti, coloro, la cui vita è in pericolo, hanno certo motivo speciale per accettarla, perché essendo la fine vicina, tale possibilità dell’acquisto di nuovi meriti corre il rischio di finire ben presto. Questo motivo però interessa direttamente il malato, non il medico che pratica l’analgesia, supposto che il malato vi dia il consenso o l’abbia espressamente richiesto. Sarebbe evidentemente illecito praticare l’anestesia contro la volontà espressa del morente (quando egli sia sui iuris)²⁶.*

5.3. l’uso degli analgesici che eliminano la coscienza

Oggi il problema degli analgesici che eliminano la coscienza è avvertito con minor interesse specialmente in relazione alla cura del cancro; la scienza medica, infatti, ha compiuto notevoli progressi nell’ambito della terapia antalgica e dispone di mezzi e prodotti farmacologici che riducono sensibilmente gli effetti della perdita della coscienza. Tuttavia il problema esiste anche oggi. E’ necessario allora conoscere bene i principi etici in ordine all’argomento per essere in grado di fare le dovute distinzioni ed attuare decisioni eticamente corrette.

L’uso degli analgesici che possono attenuare o eliminare la coscienza è lecito alle seguenti condizioni:²⁷

- quando non vi siano altri mezzi per alleviare il dolore,

²⁵ Ib., p.563.

²⁶ Ib., p.575.

²⁷ Cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, vol. I°, Vita e Pensiero, Milano 1999, p. 742.

- quando il paziente abbia avuto il tempo di adempiere i doveri religiosi e morali verso se stessi, la famiglia e la società.

Dice in proposito la Sacra Congregazione della dottrina della fede: " *non è lecito privare il moribondo della coscienza di sé senza grave motivo*"²⁸.

Lo stesso documento insiste sull'esigenza etica del *consenso informato* del paziente il quale potrebbe accettare o rifiutare in toto, o in parte, la terapia analgesica.

In conclusione di fronte al bivio etico di dover scegliere tra la sopportazione del dolore per adempiere i doveri inerenti al proprio stato di vita, e l'eliminazione o mitigazione della sofferenza con la perdita della capacità di adempiere le proprie responsabilità morali, la persona è tenuta " *in coscienza ad accettare la sofferenza. I martiri non potevano evitare le torture, né la morte, senza rinnegare la loro fede o senza sfuggire all'obbligo grave di confessarla in un determinato momento. Ma non è necessario risalire fino a i martiri; si hanno oggi esempi magnifici di cristiani che, per settimane, per mesi, per anni, sopportano il dolore e la violenza fisica per restare fedeli a Dio nella loro coscienza*"²⁹.

5.4. Gli analgesici che accelerano la morte

E' lecito l'uso degli analgesici anche quando ciò può comportare il rischio di abbreviare la vita, a condizione che non vi sia altro mezzo per alleviare il dolore³⁰.

In tal caso, infatti, l'uso dei *narcotici* non è dovuto a intenzione peccaminosa ovvero allo scopo di determinare o accelerare la morte, ma unicamente all'intenzione di sopprimere il dolore anche se ciò produce un effetto collaterale negativo: l'accelerazione del processo finale della vita³¹. Afferma in proposito Pio XII: " *Se il moribondo acconsente, è permesso di utilizzare con moderazione, narcotici che ne allevieranno le sofferenze, ma porteranno anche ad una morte più rapida, in tal caso, però, la morte non è direttamente voluta ma è inevitabile, e motivi proporzionati autorizzano misure che ne affrettano la venuta*"³².

Inoltre la somministrazione di terapie analgesiche che possono accelerare la morte, non è condizionata soltanto dal fine che abbiamo appena considerato, ma anche dalla proporzionalità tra il lenimento o soppressione del dolore e il grado di accelerazione

²⁸ Dichiarazione *L'eutanasia*, n. 3.

²⁹ Pio XII, *Discorsi ai medici*, op. cit., p.560.

³⁰ Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, vol. I°, op. cit., p. 742.

³¹ Schinella I., *Il cristiano, il dolore e gli analgesici*, art. cit., p. 529-530.

³² Pio XII, *Discorsi ai medici*, op. cit., p. 898.

della morte causata dai farmaci. Il codice italiano di deontologia medica all'art 40 stabilisce in proposito: *“nel caso di malattia o prognosi sicuramente infausta a breve scadenza e ad onta delle cure, il medico può limitare la propria opera all'assistenza morale ed alla prescrizione ed esecuzione della terapia atta a risparmiare al malato inutili sofferenze”*³³.

³³ Schinella I., *Il cristiano, il dolore e gli analgesici*, art. cit., p.531.