

C. L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO

e le Cure ordinarie

1. Definizione di “accanimento terapeutico”

Lo sviluppo della medicina, della chirurgia ed in particolare delle tecniche di anestesia, rianimazione e terapie intensive, consentono oggi di sostenere anche per lunghi periodi di tempo le principali funzioni biologiche dell'organismo. Tutto ciò ha profondamente modificato la prognosi di malattie inguaribili quali il cancro, ma soprattutto ha creato false aspettative. La mentalità tecnologica infatti non corrisponde sempre all'obiettivo del *bene vero del paziente* e del *rispetto della sua dignità*.

Un'espressione negativa di questa mentalità è appunto l'accanimento terapeutico.

Per accanimento terapeutico si intende il tentativo di prolungare ad ogni costo la vita del paziente¹. In modo più dettagliato esso può essere così definito: “*un trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si può aggiungere la presenza di un rischio elevato e/o di una particolare gravosità e sofferenza per il paziente; l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi*”².

Dalla definizione emerge il *criterio* fondamentale che consente di individuare, in un determinato intervento terapeutico, la realtà dell'accanimento terapeutico: *il trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo*. Da qui nasce anche il *criterio* di riferimento per individuare una corretta condotta terapeutica che è quella dell' *uso proporzionato dei mezzi terapeutici*.

Inoltre il codice italiano di deontologia medica all'art. 13 definisce l'accanimento terapeutico “*l'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita*”.

2. Criteri per valutare eticamente l'uso proporzionato dei mezzi terapeutici

¹ Cfr. Sgreccia E., *Manuale di bio-etica*, vol. 1°, op. cit., p. 739.

² Proietti R., *Accanimento terapeutico*, in Cinà ed altri (a cura di), op. cit., p. 4.

E' necessario tenere presenti quattro criteri indicati dal magistero della Chiesa³:

- a) In mancanza di altri rimedi è lecito ricorrere ai mezzi della medicina più avanzata, anche se ancora in fase sperimentale, purché si abbia il consenso del paziente stesso.
- b) È lecito interrompere l'uso di questi mezzi quando i risultati sono deludenti; tenendo conto sempre del desiderio del paziente, dei familiari e del giudizio dei medici competenti del settore.
- c) È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire. Non si può imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere ad un tipo di cura non ancora esente da pericoli o molto oneroso.
- d) Nell'imminenza della morte, è lecito rinunciare ai trattamenti che prolungherebbero un precario e penoso tratto di vita senza però interrompere le *cure ordinarie*.

La Sacra Congregazione per la dottrina della fede dice in proposito: *“E' molto importante oggi proteggere nel momento della morte, la dignità della persona umana e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di divenire abusivo. Di fatto alcuni parlano di diritto alla morte, espressione che non designa il diritto di procurarsi o farsi procurare la morte come si vuole, ma il diritto di morire in tutta serenità con dignità umana e cristiana”*⁴.

2.1 Criteri di valutazione nei pazienti in stato comatoso

Nell'ambito dell'accanimento terapeutico è importante valutare anche la casistica del paziente in stato comatoso:

1. Nel caso di coma reversibile, è obbligatorio usare tutti i mezzi a disposizione perché il recupero, possibile o probabile, di una vita umana vale qualsiasi sacrificio economico o di servizio. Per questo motivo i medici e gli operatori sanitari hanno il dovere di fare tutto il possibile con i mezzi di rianimazione, tenendo presente la grande responsabilità che

³ Per i seguenti quattro criteri cfr. Congregazione per la Dottrina della fede, *Dichiarazione sull'Eutanasia*, 5 maggio 1980, n.4 ; cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bio-etica*, op. cit., p. 737.

⁴ Congregazione per la dottrina della fede, *Dichiarazione L'eutanasia*, nn. 3-4.

hanno di fronte ad un paziente che non può esprimersi e dare il consenso alle cure.

2. Nel caso di coma irreversibile, fermo restando l'obbligo delle cure ordinarie, non si è obbligati a utilizzare mezzi onerosi e particolarmente sfibranti. Prolungare la vita puramente apparente e totalmente artificiale, dopo che le funzioni cerebrali siano completamente e irreversibilmente cessate, è un'offesa al morente e alla sua morte; è un inganno pubblico anche per i parenti⁵.

2.2. Cause dell'accanimento terapeutico

Le cause dell'accanimento terapeutico sono molteplici, tra queste, le più importanti sono:

- Il tecnicismo;
- il paradigma scientifico delle scienze mediche degli ultimi due secoli, impostato su una filosofia materialista della persona, che ha l'obiettivo di *dare scacco alla morte*.
- L'approccio specialistico della medicina,

I primi due aspetti sono già stati affrontati in altra parte di questo studio. Prendo in considerazione il terzo aspetto.

➤ **L'approccio specialistico della medicina**

E' un fattore importante anzi fondamentale per il progresso scientifico, senza di esso non sarebbero nate ad esempio: la chirurgia dei trapianti, la cardiocirurgia ed altre discipline sanitarie; di fatto molte patologie, per essere curate, necessitano di un approccio interdisciplinare. Tuttavia la specializzazione comporta il rischio di una attenzione rivolta esclusivamente alla malattia e non al malato; per cui lo specialista può ridursi a diventare *curatore di organi e non di organismi*⁶.

In questa prospettiva si perde di vista l'unità del malato nella sua complessità psicosomatica ed allora l'obiettivo primario non è più il benessere della persona nella

⁵ Di Pietro M.L. Spagnolo A., *Accanimento terapeutico*, in Zucchi P.L. (a cura di), op. cit., p. 5.

⁶ Proietti R., *Accanimento terapeutico*, in Cinà ed altri (a cura di), op.cit. p. 5.

sua totalità ma la sconfitta di un aspetto della malattia o di una complicanza, che tuttavia non modifica la prognosi finale.

Tutto ciò può condurre all'accanimento terapeutico che realizza la cosiddetta *morte medicalizzata*: il paziente grave o terminale si trova in ambienti riservati di strutture sanitarie, circondato dai più sofisticati strumenti della scienza e della tecnica, ma in realtà, vive i momenti più importanti della sua vita, nella solitudine più agghiacciante. È questa la morte dignitosa? E' invece la suprema solitudine del paziente ed è il torto più grande che noi possiamo fare al morente: *negargli la sua morte*.

3. Le Cure normali

La rinuncia ai mezzi straordinari o sproporzionati esige “ *l'obbligo stretto di proseguire ad ogni costo l'applicazione dei mezzi cosiddetti “minimali”, di quelli cioè che normalmente e nelle condizioni abituali, sono destinati a mantenere la vita: alimentazione, trasfusioni di sangue, iniezioni, ecc. Interrompere la somministrazione di questi mezzi, significherebbe in pratica voler porre fine ai giorni del paziente*⁷. Anche Giovanni Paolo II in ordine a questo argomento dichiara: “*Quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi*”⁸.

Concretamente per *cure ordinarie* si intendono le seguenti prestazioni:

- *La terapia antalgica*

⁷ Pontificio consiglio “Cor Unum” *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, op.cit. n.n. 2.4.4.

⁸ *Evangelium Vitae*, n. 65.

- *la valutazione nutrizionale*
- *la regolazione idro-elettrica*
- *il trattamento delle infezioni e delle ulcere da decubito*
- *l'aspirazioni dei secreti bronchiali ed altri.*

Inoltre, eticamente, sono molto importanti:

- *il sostegno psicologico al paziente e ai suoi familiari*
- *la valorizzazione delle risorse spirituali del malato stesso.*

“La vita dell’uomo non è un bene disponibile, ma un prezioso scrigno da custodire e curare con ogni attenzione possibile, dal momento del suo inizio fino al suo ultimo e naturale compimento”⁹.

⁹ Benedetto XVI, *Discorso agli ammalati e agli operatori sanitari per la XVII Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2009