

ASPETTI CONNESSI CON L'EUTANASIA

Dr.essa sr Riccarda Lazzari

a. Le Cure Palliative

Aspetti sanitari - etici - psicologici

Dopo aver presentato il tema dell'eutanasia nei suoi aspetti storico- sociali ed etici affrontiamo ora gli aspetti connessi con l'eutanasia e le loro implicanze etiche.

Il termine “palliativo” deriva dal latino *palliare* che significa: coprire o mascherare . Per *cure palliative* infatti, s' intende una serie di «*trattamenti a favore dei pazienti affetti da malattia non più guaribile, finalizzati al controllo dei sintomi più che della patologia di base*»¹. L'applicazione di queste procedure, ha lo scopo di consentire al paziente, nella sua gravità, la migliore qualità di vita possibile. Afferma in proposito Giovanni Paolo II: “*nella medicina moderna vanno acquistando rilievo particolare le cosiddette Cure palliative, destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia e ad assicurare, al tempo stesso, al paziente un adeguato accompagnamento umano*”².

Le cure palliative sul piano operativo possono essere distinte in due grandi settori :

- ***L'onco-terapia palliativa***
- ***Le cure di supporto***

Analizziamo di seguito i due aspetti:

1. L'Onco-terapia palliativa

È l'insieme delle applicazioni classiche, inerenti alla terapia oncologica, applicate su pazienti in cui si ricerca la cura dei sintomi. A questo settore appartengono

¹ Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, vol. I°, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 738-739.

² Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Evangelium Vitae*, Roma 25 marzo 1995, n.. 65 .

principalmente gli interventi: della chirurgia, della radioterapia, della chemioterapia, della terapia ormonale ed immunologica.

Tali interventi sono tra loro collegati e nell'iter della patologia, spesso s'intrecciano e si ripetono più volte.

1.1. La Chirurgia

La chirurgia ha un ruolo importante e primario nel trattamento del cancro; essa svolge differenti funzioni: *preventiva, curativa e palliativa*³.

Nella sua funzione *preventiva*, ha l'obiettivo di eliminare quelle alterazioni che costituiscono un potenziale di trasformazione maligna. La chirurgia *curativa* ha un duplice obiettivo: *asportare e conservare*. In questo ambito il chirurgo ha il compito di saper definire il giusto limite tra la parte da eliminare e quella da conservare; per questo la chirurgia *conservativa* e quella *curativa* sono intese come sinonimi. La chirurgia *palliativa* ha lo scopo di eliminare ogni situazione che costituisca una minaccia alla vita, in condizioni di urgenza, o di salvaguardare la qualità della vita in fase terminale. La qualità della vita del paziente deve costituire per il chirurgo un importante obiettivo ed impegno. Inoltre egli deve tenere in considerazione l'aspetto psicologico ed emotivo del paziente. Il malato ricoverato in attesa di intervento, si trova infatti, in una condizione psicologica di fragilità per il trauma che deve subire e per il fatto che la sua esistenza dipende completamente dall'azione del chirurgo e dall'esito dell'intervento. E' necessario stabilire un rapporto fondato sulla corretta informazione, su una buona comunicazione e soprattutto sulla fiducia; tutto questo riduce il livello di ansietà nel paziente e contribuisce ad influenzare positivamente il decorso post-operatorio.

La chirurgia palliativa pur essendo traumatica e aggressiva, è tuttavia vissuta come una *via di liberazione dal male*. L'asportazione del tumore è il primo gradino nel processo di cura e viene associata alla guarigione per il bisogno di ristabilire quell'equilibrio psicofisico che la malattia ha minacciato. Infatti i pazienti in attesa d'intervento, in genere, affermano: "sono preoccupato, ma non vedo l'ora che mi tolgano tutto." Ed ancora: "spero di essere arrivato in tempo". In queste espressioni è evidente l'ansia del paziente ma anche il suo bisogno di considerarsi, per l'intervento, liberato dal tumore.

1.2. La Radioterapia

³ Per queste tre funzioni cfr. Cascinelli N. e altri., *La chirurgia*, in Bellani M.L. e altri (a cura di), *Psicologia*, La fenice grafica Borghetto Lodigiano (Lo) Masson, Milano 2001, pp. 489-490.

La radioterapia consiste nel trattamento dei tumori maligni (ma anche di altre malattie) mediante l'uso di radiazioni ionizzanti. *“Queste producono energia in grado di danneggiare e distruggere le cellule nell'area trattata provocando in tal modo, danni al materiale genetico e bloccandone la capacità di crescita”*⁴.

Le radiazioni colpiscono le cellule neoplastiche, ma anche quelle sane, tuttavia queste ultime, sono in grado di riparare notevolmente i danni subiti e di recuperare le loro funzioni.

La radioterapia è impiegata per il trattamento dei tumori solidi localizzati, tra i quali: il cancro della pelle, della lingua, della laringe, dell'encefalo, della mammella e del collo uterino, ma può anche essere utilizzata per il trattamento di leucemie e di linfomi.

Ci sono vari tipi di radiazioni usate in radioterapia e varie tecniche applicative.

Dal punto di vista dei risultati possiamo distinguere tre diversi livelli di radioterapia:

- irradiazione radicale, intesa ad ottenere la guarigione
- irradiazione palliativa: intesa ad ottenere il prolungamento della sopravvivenza
- irradiazione sintomatica: intesa ad ottenere l'eliminazione dei sintomi che affliggono il paziente, senza però modificare la sopravvivenza.

Dal punto di vista *etico* è importante valutare e fare un attento bilancio tra il danno che si arreca alle cellule neoplastiche e il danno a carico dei tessuti sani. Si tratta ovviamente di una valutazione non sempre facile da realizzare, “ in quanto la dose di radiazioni che è possibile somministrare alle cellule neoplastiche è necessariamente limitata dalla tolleranza dei tessuti sani “⁵.

Come tutte le forme di terapia oncologica, anche la radioterapia ha i suoi effetti collaterali: accenniamo ai più importanti:

-la stanchezza: il paziente avverte una progressiva perdita di forze, dovuta, in genere, al sopraggiungere dell'anemia.

-Le modificazioni cutanee: la pelle direttamente interessata e anche quella circostante assume un colore diverso e certamente antiestetico.

Nel trattamento di aree corporee specifiche si possono verificare le seguenti conseguenze ad es:

- *la caduta dei capelli* : nel trattamento radio-terapico al cervello
- *La modifica dell'appetito:* nel trattamento di neoplasie del cavo orale, dello

⁴ Cfr. Bardelli D., *La radioterapia*, in Bellani M.L.e altri (a cura di), op. cit., pp. 499-503.

⁵ Ibidem p.500.

stomaco o dell'intestino

- *Irregolarità dell'alvo*: nel trattamento del colon, ecc.

La radioterapia oncologica ha avuto un notevole sviluppo in questi ultimi anni e si è inserita ed integrata nell'ambito di "strategie terapeutiche multidisciplinari"⁶. Ciò consente un trattamento sempre più qualificato ed efficace e permette di attenuare o risolvere gli effetti collaterali del trattamento radiante.

Il paziente che accede per la prima volta al *centro* di radioterapia, ha un impatto emotivamente intenso, vive sentimenti di confusione, disorientamento e paura. E' molto importante che gli operatori sanitari del *centro*, stabiliscano un rapporto di comprensione accompagnato dalla chiarezza dell'informazione. E' necessario fornire in modo graduale con un linguaggio chiaro e comprensibile, tutte le informazioni necessarie, relative non solo al trattamento radiante ma anche ai suoi possibili e assai temuti effetti collaterali. Il malato ha diritto di sapere quanto lo riguarda e deve essere coinvolto attivamente; ciò lo aiuta a superare l'ansia e a collaborare più attivamente.

Le figure professionali del centro di radio-terapia sono :

- il medico radioterapista-oncologo,
- i tecnici, operatori qualificati con diplomi speciali
- gli infermieri professionali oggi altamente qualificati e preparati soprattutto ad intervenire negli effetti collaterali della radioterapia.

Molto spesso queste figure sono altamente indaffarate e a volte sottovalutano i sintomi e i problemi che il malato e i famigliari segnalano. In ambito oncologico gli operatori devono tener presente che i pazienti ricorrono alle diverse figure professionali esponendo bisogni e sentimenti diversi. Nello specifico della radioterapia è necessario considerare che il malato rimane **solo** nella sala della terapia, il tecnico infatti aziona la macchina e controlla il paziente dall'esterno mediante il monitor. Se l'informazione non è stata corretta e completa, il paziente può andare in preda a crisi di panico, alla paura della radio attività e al pericolo che i residui radioattivi possano danneggiare anche i famigliari. *"La radioterapia non rende radioattivi ed è assolutamente innocua sia per il paziente che per i famigliari, bambini compresi"*⁷.

⁶Ibidem

⁷Ib., p. 502.

Il *centro* inoltre offre anche servizi di supporto attraverso le consulenze di figure professionali quali: l'assistente sociale, il terapeuta della riabilitazione, la dietista, il consulente psicologo.

La collaborazione tra tutte le figure professionali del *centro* è indispensabile perché il paziente possa essere aiutato efficacemente nel suo difficile e spesso lungo percorso di dolore nella malattia oncologica.

1.3. La Chemioterapia

La *chemioterapia*, o più esattamente la terapia antiblastica, è mirata a raggiungere la lesione tumorale primitiva o metastatica, per ridurla di contenuto e per diminuire l'aggressività delle cellule atipiche circolanti.

Oggi la chemioterapia dispone di farmaci molto avanzati e mirati alla specificità della malattia oncologica. Gli ultimi prodotti sono in grado di attenuare i sintomi collaterali di questo trattamento e i suoi effetti devastanti: anemia, piastrinopenia, leucopenia, vomito, ecc. Tuttavia, nonostante lo sviluppo farmacologico, la chemioterapia, pur essendo utile e spesso efficace al controllo della malattia, si accompagna purtroppo a gravi sofferenze per i pazienti, con decadimento notevole delle condizioni generali. Il confine tra *l'utilità, l'efficacia e la qualità della vita* non è certamente matematico. La medicina è la scienza delle probabilità ed è una disciplina in continua evoluzione. È necessario perciò guardare ad ogni paziente con l'occhio della scienza e dell'esperienza, ma anche con la consapevolezza che ciascun malato, ha un suo modo di reagire alle varie terapie. I *protocolli*, infatti, per quanto personalizzati, sono sempre uno *standard* che in molti casi, danno molte tristi sorprese.

Ho voluto sottolineare questi aspetti, perché l'accompagnamento personale di questi pazienti, dal punto di vista terapeutico- assistenziale, richiede un'*etica: competente, sensibile e responsabile*.

Analizziamo alcuni aspetti della chemioterapia in relazione al paziente.

1.3.1 Gli effetti collaterali della chemio-terapia

Gli effetti collaterali della chemioterapia possono essere molteplici. Sono frutto della complessità di un trattamento tutt'altro che semplice, non privo di rischi e fonte di situazioni dolorose non indifferenti

Tutti i sistemi organici possono subire danni dagli effetti collaterali del trattamento

chemio-terapico. Accenno ai più importanti: ⁸.

- Dal punto di vista *ematologico*: anemia, trombocitemia, astenia, infezioni di varia natura.

Il trattamento chemio-terapico interferisce in modo consistente e talvolta anche devastante nell'ambito ematologico. Il paziente dopo alcuni cicli di terapia spesso va incontro ad anemia associata, talvolta, a piastrinopenia, leucopenia e alterazioni funzionali derivate. Tutto ciò comporta una attenta terapia emotrasfusionale, sacche di piastrine ecc.

Spesso bisogna interrompere la chemioterapia in attesa della normalizzazione dei valori emato-chimici, essenziali alla possibilità del trattamento. L'interruzione della terapia mette a dura prova il paziente, il cui cammino è davvero in salita e gli ostacoli lo rendono sempre più difficile. Che fare? Non ci sono risposte standard. Ogni malato è un caso unico ed irripetibile, anche se portatore della patologia cancerogena comune ad altre persone.

Nel rispetto doveroso della vita del paziente e della sua dignità, gli operatori sanitari devono sostenere il malato nel suo calvario, con competenza etica, con capacità professionale e con sensibilità umana.

- Dal punto di vista *gastrointestinale*: nausea, vomito, anoressia, diarrea, stitichezza, perdita del gusto.
- Dal punto di vista *dermatologico*: alopecia, iperpigmentazione, dermatiti .
- Dal punto di vista *urologico*: alterazioni della funzione renale, cistiti.
- Dal punto di vista *cardiopulmonare*: cardiomiopatia, sindrome da stress respiratorio.
- Dal punto di vista *neurologico*: alterazioni dell'umore, cefalea e neuropatie periferiche, vertigini, tremori.
- Dal punto di vista *sistemico*: febbre non infettiva, astenia, mialgia, crampi

⁸Per i seguenti aspetti cfr. Capovilla E.D. e altri., *La chemioterapia*, in Bellani M.L e altri (a cura di), op. cit., p. 505.

1.3.2 Sottolineature ad alcuni effetti collaterali

- **Nausea e vomito**

La nausea e il vomito sono tra i più comuni eventi che sperimentano i pazienti in trattamento chemio-terapico e, se non opportunamente curati, possono condurre ad un peggioramento della qualità della vita e della malattia stessa. *Nausea* e *vomito* sono sintomi che vanno considerati separatamente. La *nausea* spesso non è accompagnata dal vomito, è una sensazione più soggettiva e viene sottovalutata e poco trattata dagli operatori sanitari. Il *vomito* al contrario è un sintomo oggettivo e quindi più facilmente riconosciuto e trattato⁹. Oggi, grazie all'efficacia di nuovi farmaci antiemetici, la nausea e il vomito sono discretamente controllati, tuttavia essi continuano a rappresentare gli effetti più immediatamente debilitanti, al punto che sono, talvolta, causa di rifiuto o d'interruzione di un trattamento con buone possibilità terapeutiche. Inoltre bisogna tener presente che anche i farmaci antiemetici, sono causa, a loro volta, di effetti collaterali negativi quali: bocca secca, stipsi, cefalea, tremori, astenia, sonnolenza, febbre ed altri.

Esiste anche il fenomeno “nausea e vomito anticipatori” che si manifesta appunto nell'arco di tempo che precede il nuovo ciclo di chemio-terapia¹⁰.

E' evidente che il vomito pre-trattamento si manifesta nei pazienti che vivono un più intenso stato ansioso o depressivo. Il trattamento della nausea e del vomito, non deve essere affidato soltanto all'azione dei farmaci antiemetici, ma è necessario che sia sempre più valutato e curato nell'ambito di un approccio multidisciplinare. Medici, infermieri, familiari, cappellani, psicologi e volontari, devono accompagnare il paziente tenendo presente tutte le sue dimensioni: fisiche, psichiche spirituali e sociali; sostenuto da questo accompagnamento, il malato troverà energie e motivazioni per lottare contro la malattia con determinazione e serenità.

- **Perdita dei capelli**

⁹ Cfr. Terzoli E. e altri, *Trattamento della nausea e del vomito*, in Bellani M.L. e altri (a cura di), op. cit., p. 553.

¹⁰ Cfr. ib., p.556.

La perdita dei capelli o alopecia è una conseguenza di alcuni farmaci antitumorali, pertanto non tutti i trattamenti chemio-terapici sono accompagnati da questo sgradevole inconveniente. In genere la caduta dei capelli inizia verso il terzo ciclo per diventare totale verso la fine dell'intera serie dei cicli. Essa non interferisce nel decorso clinico della malattia. Esistono in teoria degli accorgimenti che tentano di evitarla, ma in pratica, sono poco rispondenti e non sempre applicabili. Dopo breve tempo dal termine della terapia antitumorale i capelli ricominciano a crescere nuovamente e ritornano come prima e talvolta anche in forma migliore.

Tuttavia è noto che la caduta dei capelli ha un impatto triste nella psicologia del paziente e genera in alcune situazioni, un grande disagio emotivo, familiare e sociale.

Essa crea particolarmente disagio nelle giovani donne, ragazze, spose e madri. Molte pazienti soffrono nel vedersi così *sfigurate*, non si accettano; è frequente l'espressione: "non riesco più a guardarmi allo specchio". Ovviamente la trasformazione della propria immagine non è data solo dall'alopecia che rappresenta il dato più eclatante ma ad essa si accompagnano altri segni: la magrezza, il pallore, la sofferenza; il volto, infatti, esprime il linguaggio della sofferenza pluridimensionale della persona stessa. Il disagio si accresce nelle pazienti, spose o mamme, nel rapporto con i propri familiari. Allora è facile sentire il lamento: "non voglio farmi vedere così da mio marito" oppure: "non voglio che i miei figli mi vedano in queste condizioni", ed altre espressioni simili.

Parrucche e maschere di trattamento del viso possono nascondere l'aspetto esteriore più rilevante, ma non diminuiscono la sofferenza interiore di una madre, sposa o figlia!

2. Terapia di supporto

2.1 Terapia di supporto nutrizionale

L'alimentazione e l'idratazione è uno dei problemi più rilevanti nei pazienti affetti da cancro. Infatti, oltre il 50% dei pazienti presenta segni clinici di malnutrizione prima ancora dell'aggravamento della malattia.

La perdita di peso nei pazienti neoplastici è un dato costante: la mal nutrizione aggravata dalla nausea e dal vomito può generare squilibri organici molto gravi .

Nella fase avanzata della malattia si manifesta la cosiddetta “cachessia neoplastica”; si tratta di una sindrome metabolica molto complessa caratterizzata da: anoressia, perdita di peso, squilibrio idroelettrico e progressiva compromissione delle capacità vitali¹¹.

Il supporto nutrizionale è doveroso; esso ha lo scopo di somministrare al paziente i nutrienti di cui ha bisogno. L'insieme dei dati clinici e di alcuni parametri di laboratorio permettono di determinare per ogni paziente il fabbisogno energetico ed una corretta prescrizione dietetica. Il supporto nutrizionale può essere effettuato per via orale, parenterale e centrale, a seconda delle condizioni cliniche del paziente stesso.

La *carta degli operatori sanitari* si esprime così al riguardo: “L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia”¹². Questo tema è stato oggetto di varie controversie.

Da parte nostra è necessario sottolineare il *senso etico* ed *umano* di queste indicazioni che, nell'intento di realizzare una miglior qualità della vita del morente, esprimono il profondo rispetto alla persona e alla sua dignità.

2.2.Terapia di supporto: antinfettiva e trasfusionale.

L'evoluzione della malattia, le diminuite capacità difensive, il livello di compromissione immunitaria e psicologica sono cause di frequenti infezioni nel paziente neoplastico. E' necessario intervenire subito e con terapie adeguate possibilmente mirate al germe in causa.

L'**anemia** nel paziente neoplastico è tanto più frequente quanto più la malattia è disseminata. L'anemia da cancro è infatti caratterizzata da un insufficiente produzione di eritropoietina in relazione al basso tenore di emoglobina; essa è inoltre aggravata dai pregressi trattamenti radianti o citotossici oltre che dallo scarso apporto nutrizionale¹³. L'anemia associata al cancro genera nel paziente una sintomatologia importante e carica di sofferenza: astenia, dispnea, torpore mentale, tachicardia e nelle forme più gravi, anche scompenso cardiaco. Quando i sintomi legati all'anemia si fanno così evidenti è necessario ricorrere alla trasfusione di sangue, la quale, sebbene non sia la cura

¹¹Cfr. Massidda B., *Terapia di supporto antinfettiva*, in Bellani M.L.e altri (a cura di), op. cit., p. 561.

¹² Pontificio Consiglio per la pastorale della salute e della malattia., *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n.120.

¹³ Cfr. Massidda B., *Terapia di supporto antinfettiva*, in Bellani M.L.e altri (a cura di), op. cit., p. 564.

dell'anemia, riesce almeno temporaneamente a tenere sotto controllo quelle situazioni che l'hanno determinata .

Un corretto impiego della trasfusione e la cura adeguata delle infezioni, contribuiscono ad una migliore qualità della vita del paziente neoplastico in fase avanzata e terminale.