

**CURE PALLIATIVE**

## Tre regole per affrontare insieme quell'ultimo miglio

**VITA E BIOETICA**

10\_08\_2014



**Tommaso  
Scandroglio**



É nota a tutti l'equazione "senilità": una vita più lunga corrisponde un aumento delle cure mediche. L'Istat ci informa che la vita media è passata dai 46 anni degli anni Cinquanta ai 66 nel periodo 2000-2005. Gli ultra ottantenni sono oggi il 5,8% e tra 30

anni saranno intorno al 13%. Viene dunque da concludere che non è la vita ad allungarsi, bensì la vecchiaia. Ma, come accennato prima, l'ultimo scorcio di vita è sempre più passato in compagnia dei camici bianchi. Il ministero della Salute ci dice che su 8 milioni di ricoveri annuali il 5% riguarda insufficienze croniche. Questi ricoveri pesano sulle casse dello Stato il 5% di tutta la spesa sanitaria, il 4,1% del Pil e in futuro, manco a dirlo, l'aggravio economico crescerà. Naturale che gli accoliti della "dolce morte" trovino in queste cifre una sponda efficace per far quadrare i conti a spese del nonno moribondo.

**Lo studio multicentrico europeo Senti Melc sul tema poi ci fornisce qualche dato** in più. Gli ultimi tre mesi di vita vengono passati in ospedale, spesso in modo inutile. Solo in un caso su dieci il paziente viene seguito a domicilio e solo in un caso su dieci si sceglie un ricovero in un hospice. Le insufficienze croniche portano spesso a esiti letali (un rischio da 2 a 4 volte maggiore rispetto ad altri quadri clinici) e i ricoveri in terapia intensiva non di rado non apportano reali benefici.

**Da qui una domanda che si pongono gli specialisti che seguono questi pazienti:** quali criteri seguire per la cura di questi malati secondo il principio di proporzionalità? Dato che la parabola naturale della loro esistenza sta arrivando a compimento e soluzioni salvavita spesso non ne esistono, diviene prioritario accompagnare il paziente nel suo ultimo miglio su questa Terra cercando il più possibile di alleviare il suo dolore fisico e la sua sofferenza psicologica.

**Il percorso del morente nella medicina è un percorso che interessa trasversalmente** più categorie di professionisti. Ecco allora che dieci società scientifiche mediche (intensivisti, palliativisti, cardiologi, pneumologi, neurologi, nefrologi, gastroenterologi, medici di urgenza e di medicina generale, infermieri) hanno pubblicato un documento sulla rivista "Recenti progressi in medicina" per scegliere, insieme a bioeticisti e giuristi, il miglior percorso palliativo o intensivo per le insufficienze croniche.

**I punti salienti di questo documento potrebbero essere i seguenti. In primo luogo** occorre condividere con il malato e i familiari il percorso di cura adeguato che bilanci effetti positivi sperati e costi sopportati in termini di sofferenza psico-fisica e di esborsi economici per la famiglia. In secondo luogo la cura intensiva in genere non è più efficace nella fase terminale della malattia (6-12 mesi dal decesso) e quindi risulta essere sproporzionata. Occorre però valutare caso per caso. Infine, il documento ricorda che le cure palliative non significano abbandonare il paziente e i familiari, ma rendere meno gravoso ad entrambi i soggetti l'ultimo tratto di vita del paziente stesso.

**Ora i principi qui espressi sono condivisibili sul piano morale. Ma i principi,** per quanto ottimi, scritti sulla carta e non incarnati in virtù e cultura possono essere stravolti a piacimento. Per dirla in breve, il pericolo potrebbe essere quello che il malato con insufficienza cronica venga automaticamente derubricato a caso disperato e abbandonato a se stesso. Le dieci società scientifiche hanno fatto bene a individuare la rotta da seguire in queste strettoie cliniche, ma non vorremmo che, a causa dei venti eutanasici che spirano sempre più sui letti dei moribondi, queste indicazioni restassero lettera morta o peggio offrissero il destro a qualche zelante camice bianco per spingere nella fossa anzitempo chi ha invece buone prospettive di vita. Perché anche questo, qualcuno potrebbe sostenere, è prendersi cura del malato terminale.