

Il ministro della Sanità: «Urgente porci il problema non solo di come si vive, ma anche di come si muore»

Eutanasia, scontro dopo il caso di Monza

Bindi: «Assistenza ai malati terminali»

Stefano Rodotà: «Merita rispetto il gesto di un uomo sconvolto»

ROMA. «Prevedere, tra i livelli di assistenza, anche quella ai malati terminali». È la risposta del ministro della Sanità Rosy Bindi, chiamata in causa oggi dai giornalisti - a margine dell'incontro che ha avuto con i medici del comitato tecnico-scientifico del Policlinico - sulla vicenda accaduta ieri all'ospedale di Monza, dove un uomo ha staccato il respiratore alla moglie in coma, uccidendola. «Parlando come persona - ha detto il ministro - questo è un fatto che deve farci riflettere molto: eutanasia e accanimento terapeutico appartengono alla stessa cultura, che è in fondo quella di voler essere in qualche modo padroni della vita e padroni della morte: credo che dal punto di vista etico bisogna interrogarsi profondamente su questi atteggiamenti».

«Da ministro della Sanità - ha aggiunto - in particolare dico che, nel nostro Paese, è sempre più urgente porci il problema non solo di come si vive, ma anche di come si muore». Per il ministro «non è quindi più rinviabile, in un piano sanitario, prevedere tra i livelli di assistenza, quella agli ammalati in fase terminale. Quanto alle cure palliative, è necessario inoltre, secondo Rosy Bindi, «prevedere ricerca, soprattutto in forme nuove di assistenza, e risorse».

La vicenda di Monza, dove un uomo ha provocato la morte della moglie in coma staccando l'autorespiratore ha riaperto il dibattito sull'eutanasia. «Merita rispetto», è l'opinione del Garante per la priva-

ECCO DOVE LA LEGGE PERMETTE L'EUTANASIA

Australia: Il territorio del Nord è il primo stato al mondo in cui l'eutanasia sia stata approvata per legge (25 maggio 1994). Il testo permette ai malati terminali che ne facciano richiesta di mettere fine alla loro malattia con l'aiuto di un medico.

Danimarca: Dal maggio '94 è consentito che l'interessato lasci disposizioni scritte per autorizzare i medici a non protrarre un'eventuale sua agonia irreversibile.

Francia: Un comitato nazionale consultivo di etica si è pronunciato nel '91 contro una legalizzazione dell'eutanasia attiva ma ha ammesso, in determinate circostanze, quella passiva.

Gran Bretagna: I fautori dell'eutanasia passiva hanno vinto un'importante battaglia nel febbraio di un anno fa quando, i genitori di un giovane da tempo in coma permanente, hanno ottenuto dalla Corte suprema l'autorizzazione a lasciarlo morire sospendendone l'alimentazione artificiale.

Polonia: L'eutanasia attiva non è ammessa mentre, per quella passiva, è lasciato spazio alla discrezionalità dei medici. Il loro codice stabilisce infatti che "in caso di prognosi negativa il medico non è obbligato a procedere alla rianimazione o a una terapia per mantenere il paziente in vita a ogni costo".

Oregon (USA): Un referendum ha approvato un provvedimento simile a quello olandese, ma è sospeso per contestazioni legali.

cy, Stefano Rodotà. «Non sono rari - ha detto Rodotà, intervistato da Italia Radio - i casi in cui i famigliari intervengono perché le sofferenze drammatiche di un loro caro vengano ininterrotte. Ci troviamo davanti ad un grande dilemma. Alcune condizioni di sopravvivenza sono condizionate a tecnologie sempre più raffinate che portano ad un accanimento terapeutico, tenere in vita una persona quando non esistono le condizioni per vivere».

«Spesso - ha continuato - i giudici hanno valutato con grande umanità i casi di eutanasia per amore, in Italia e negli altri Paesi. C'è un esperimento in corso negli Stati Uniti, nell'Oregon. Ciascuno deve valutare questi casi con delicatezza, non imputare

soltanto ad una sorta di permissivismo quello che accade, per la drammaticità delle situazioni, perché si deve dare ad ognuno la possibilità di morire con dignità, di non essere inutilmente tenuti in vita come vegetali. Io mi aspetto una discussione pacata, senza condanne preventive».

Meno articolata la posizione di An. «Premesso che non si può non nutrire profonda pietà umana per il gesto disperato dell'insegnante di Monza che ha staccato la spina del respiratore alla moglie malata allo stadio terminale, in tema di eutanasia è forse il caso, visto il tenore di alcuni commenti sulla vicenda, di ribadire che anche se è dolce, è sempre morte, e se è provocata è omicidio. Al di là di quelle che possono essere le convinzioni religiose personali, infatti, non v'è dubbio che la vita sia ontologicamente sempre degna di essere vissuta e che essa debba terminare come è iniziata: naturalmente. Non sta all'uomo poterne decretare la fine, per nessun motivo, fosse anche il più nobile», afferma in una nota il senatore Riccardo Pedrizzì, responsabile dell'ufficio di Alleanza Nazionale per le politiche della famiglia. «Innanzitutto - osserva Pedrizzì - occorre distinguere fra l'eutanasia, che è l'azione o l'omissione che per propria natura e nelle intenzioni procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore, e l'arresto o l'interruzione di un trattamento terapeutico, ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati

ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. Nel caso di Monza - conclude l'esponente di An - parrebbe proprio trattarsi di eutanasia, tanto più grave perché sembrerebbe configurarsi come un omicidio praticato su una persona che non l'ha richiesto in nessun modo e che non ha mai dato alcun consenso, per cui la giustizia deve fare il suo corso».

«Questo è un caso di omicidio per pietà - ha detto al Tg3 Francesco D'Agostino, presidente della Commissione di Bioetica - e forse da un certo punto di vista non è neanche corretto definire eutanasia un omicidio per pietà. Al giorno d'oggi quando si parla di eutanasia, sia da parte di chi la condivide sia da parte di chi la critica, si fa riferimento al desiderio di morire espresso esplicitamente dal paziente in una situazione di assoluta libertà e consapevolezza. Nel caso di Monza - aggiunge D'Agostino - mi pare che non abbiamo alcun indizio per poter pensare che questa povera signora avesse espresso il desiderio di morire». In serata anche Rodotà è tornato sull'argomento: «Ormai si riconosce a ciascuno di noi il diritto di scegliere se interrompere il trattamento medico - ha affermato sempre al Tg3 - se, come si dice, staccare la spina, scrivere un testamento di vita. Si riconosce il diritto di manifestare la volontà di non volere un accanimento terapeutico. Naturalmente - ha concluso Rodotà - il problema è se altri possono decidere al mio posto».



GLOSSARIO

Ecco i termini da capire se si discute di vita e morte

COMA. Sono quattro i livelli di coma. Si va dal più leggero, quando si registra uno stato di sonnolenza e di facile risvegliabilità del paziente che risulterà sensibile a piccoli stimoli sia verbali che dolorifici, al coma di quarto livello, quello irreversibile che si ha quando il cervello ha perso ogni sua funzione. Vi avrà la «morte celebrale» quando, per gli adulti, l'encefalogramma risulterà «piatto» per almeno 12 ore, non si registrerà alcun consumo di ossigeno da parte delle cellule cerebrali, né vi sarà capacità di «riflessi» da parte del paziente. E deve essere «spenta» non solo l'attività neurologica delle cellule superficiali (quelle che comandano gli stimoli di relazione con l'esterno) come nei casi di «coma vigile», ma anche quella delle cellule cerebrali profonde, che comandano gli «stimoli periferici» o i «riflessi» che non dipendono da avvenimenti esterni. Quindi, anche se il cuore del malato continua a battere, con la «morte celebrale» si stabilisce in modo incontrovertibile il suo decesso. È quanto stabilisce la legge «sull'accertamento della morte» che si è data l'Italia. Quando si registrano queste condizioni al paziente in rianimazione può essere «staccata la spina», perché si tratta di «un cadavere a cuore battente». E questo a prescindere dall'uso che si farà degli organi del deceduto.

ACCANIMENTO TERAPEUTICO. Lo si ha quando si persiste nel mantenere «attaccata la spina» di pazienti per i quali non si ha alcuna possibilità di sopravvivenza o di vantaggio delle loro condizioni. Non è un comportamento penalmente perseguibile, ma è espressamente condannato dal codice deontologico dell'Ordine dei medici (l'art. 13: «Il medico deve astenersi dal cosiddetto "accanimento diagnostico-terapeutico"»). Questo comportamento può limitare la possibilità di cure tempestive e efficaci per altri pazienti.

EUTANASIA. È la cosiddetta «morte dolce» e indolore per i pazienti terminali o affetti da sofferenze insopportabili che ne fanno esplicita richiesta, e può essere attiva o passiva. Nel primo caso, esplicitamente proibita dalla maggior parte degli ordinamenti, si tratta della interruzione volontaria della vita del malato attuata dal medico ad esempio con un'iniezione letale e non dolorosa. Una forma di «suicidio assistito». Si parla, invece, di «eutanasia passiva» quando viene accolta la richiesta del paziente di interrompere o di rifiutare interventi clinici che ne prolungano artificialmente la vita. Se è indispensabile fare il possibile per alleviare la sofferenza del malato, anche con cure palliative che umanizzano la morte, secondo le norme vigenti non la si può anticipare.

L'INTERVISTA

Il primario del reparto dove Forzatti ha staccato la macchina che teneva in vita la moglie

«Il caso non era disperato»

«L'intervento sulla signora era andato secondo le previsioni»

Il marito sarà sentito domani dal pm

MONZA. I magistrati lo interrogheranno domani e forse in serata potrebbe già essere scarcerato Ezio Forzatti. Con tutte le attenuanti del caso l'accusa mossa nei suoi confronti resta quella di omicidio volontario. «Siamo di fronte a una persona che ha ucciso per un malinteso senso dell'affetto. Chiederemo la convalida dell'arresto, ma non abbiamo ancora deciso sulla misura di custodia cautelare» hanno dichiarato il Pm Giovanni Gerosa e Vincenzo Fiorillo. Potrebbero, quindi, già chiedere che la detenzione sia subito commutata nella misura più blanda degli arresti domiciliari.

MILANO. Il dottor Antonio Pesenti, primario di rianimazione dell'ospedale San Gerardo di Monza, è il medico che ha avuto in cura Elena Moroni, la donna che domenica mattina è stata strappata alla vita dal marito, che non sopportava di vederla soffrire. Era arrivata nel suo reparto 24 ore prima, dopo un delicato intervento chirurgico, le sue condizioni erano gravi, ma non senza speranza. È questa la terribile verità che il medico è pronto a sottoscrivere. Ha appena sfogliato i giornali e li ha subito accantonati: «Dopo il primo articolo mi è passata la voglia di leggerli - dice - Troppe imprecisioni, troppi voli di fantasia».

Dottore, ci eviti di scrivere inesattezze, per favore. Se a botta calda i giornali hanno riportato, come dice lei, una versione scorretta dei fatti, ci vuole dire come sono andate le cose?

Vorrei fare una premessa: si è voluto prendere spunto da questo ca-

so per sviluppare un dibattito sul tema dell'eutanasia, ma il riferimento è improprio. Qui siamo di fronte al dramma di una persona, che ha visto sua moglie passare rapidamente da una condizione di salute a una condizione di malattia. Ma la signora Moroni non era un caso senza speranze, tenuta in vita artificialmente dopo una lunga degenza in rianimazione. Era stata operata il giorno prima ed era nel nostro reparto da meno di 24 ore. Vuol dire che aveva possibilità di sopravvivenza?

Sicuramente la sua condizione era molto critica, ma in questi casi si possono fare solo previsioni statistiche: se c'è un pericolo di mortalità del 90 per cento, non vuol dire che nel caso specifico ci siano le stesse soglie di rischio. Posso dire che dopo l'intervento, tutto era andato secondo le previsioni. È normale, dopo operazioni di questo tipo, un ricovero in rianimazione e una situazione di coma.

«La vicenda ha riaperto il dibattito sull'eutanasia, ma il riferimento è improprio. La paziente era in rianimazione da meno di 24 ore»



A dire il vero si è detto che la paziente aveva ormai l'encefalogramma piatto e se non sbaglia questo è uno dei dati da cui si parte per accertare la morte cerebrale.

Questo è un dato assolutamente inventato. Di encefalogramma piatto hanno parlato i giornali, ma non la cartella clinica. Non sussisteva nessuna condizione per avviare quella complicata procedura che, dopo sei ore di osservazione, consente al medico legale di accertare la morte cerebrale. Tutta la vicenda si è svolta in tempi ristrettissimi. Ho anche letto che era stato diagnosticato un tumore cerebrale: non mi risulta. La signora Moroni era stata ricoverata in medicina per un problema ematologico, per una carenza di piastrine. Poi ci sono state complicazioni, causate da un'emorragia cerebrale ed è stato necessario un intervento chirurgico. La situazione era a questo punto e a un giorno dall'inter-

vento, nessuno era in grado di prevederle gli esiti.

Eppure qualcosa deve aver alimentato il pessimismo del marito, se è arrivato a compiere un gesto così estremo. Forse da parte dei medici c'è stato un eccesso di allarmismo?

«La sua situazione era molto critica, ma il coma e il ricovero in reparto sono normali dopo operazioni di questo tipo»

Un medico è tenuto a prospettare un quadro realistico e ad avvertire dei rischi che corre un paziente. Ma un rischio non è una certezza. Dunque nessun accanimento terapeutico, nessun coma irreversibile, ma solo il dramma di una persona che aveva perso la speranza nella possibilità di sopravvivenza della moglie?

Io credo che vada rispettato anche questo aspetto personale, l'incapacità di reggere di fronte alla sofferenza di una persona cara. Ritengo la questione sia in questi termini. Evitiamo di usare questa vicenda per riaprire il dibattito sull'eutanasia.

Susanna Ripamonti

IL COMMENTO

Soli di fronte a una scelta

LETIZIA PAOLOZZI

NON SAREBBE giusto rubricare la fine di Elena Moroni e il gesto di suo marito, Ezio Forzatti, che ha deciso di spegnere le macchine per sottrarla alla sofferenza, sotto la voce eutanasia. Intanto, perché il termine stesso di eutanasia è ambiguo (può trattarsi di eutanasia passiva, quando i medici decidano di limitare il trattamento, associando questa limitazione all'uso di medicine capaci di evitare la sofferenza; può essere eutanasia attiva quando c'è un gesto attivo del medico che conduce in poco tempo alla morte) ed è, anche, carico di connotazioni negative.

Carico di connotazioni negative è, spesso, il cosiddetto accanimento terapeutico. Per quanto tempo bi-

sogna tenere il malato attaccato alle macchine, quando si deve smettere, seguendo quali criteri? La decisione viene affidata alla scienza, appunto alla tecnica. O magari, in qualche paese, come negli Stati Uniti, in Olanda, in Finlandia, si chiede aiuto alla legge, per ottenere una tutela legale. D'altronde, per decidere, bisogna sapere. Conoscere. Ci vuole il consenso informato. Spesso, impossibile.

Il problema di fondo, che sta alla base di tante incertezze, delle difficoltà che incontriamo, anche a leggere ciò che è accaduto l'altro giorno a Monza nel reparto Rianimazione, è che sono cambiate le circostanze del morire. Noi moriamo come viviamo, rispecchiando le il-

lusioni, le delusioni del nostro vivere quotidiano. Coltiviamo la speranza, disperata, appassionata, di prolungare la vita appoggiandoci a pratiche mediche sempre più raffinate; cresce il desiderio, quasi la scommessa, da parte della medicina (e spesso dei famigliari) di mantenere in vita, comunque, il malato, anche a costo della sua dignità. Decidere la «morte consentita» - difficilissima senza una qualche tutela giuridica cautelativa - è questione che riguarda solo il singolo.

Ora, non esiste un dibattito pubblico capace di sostenere il carico enorme che la scienza affida a ognuno di noi. A tutti noi. Eppure, non c'è malato che somigli, nel suo dramma, a un altro malato. Ognuno

è un caso da affrontare, proprio per i progressi compiuti dalla scienza, nella sua singolarità. Bisognerebbe capire, rendersi conto, avere in mano le informazioni, le previsioni. Questo non succede in Italia anche per via di quel «paternalismo medico» imperante e perché l'aspirazione degli individui all'autonomia delle decisioni viene regolarmente scoraggiata. Così si preferisce l'escalation terapeutica a una costruzione di autonomia del singolo. Il marito di Elena Moroni si è assunto la responsabilità di interrompere la sofferenza. Con un estremo atto di donazione, di amore. Che può rivelarsi, in altre occasioni si è rivelato, contemporaneamente, gesto di distruzione.

Non lo sappiamo. In quell'aver spento le macchine del reparto Rianimazione di Monza c'è qualcosa di insondabile.

Si può, invece, provare a seguire un criterio razionale quando e se ci troviamo di fronte a nodi difficili da sciogliere, a scelte da prendere. Il criterio razionale non è l'unico e non è detto che sia quello giusto. Come ha spiegato Hugo Engelhardt, tra i massimi esperti di bioetica, nessuno, oggi, può imporre una verità valida per tutti. Sarebbe sbagliato cercare di convincere un cattolico della bontà dell'eutanasia oppure costringere chi vuole interrompere il proprio dolore, a sopportarlo.

Si tratta di cercare dei meccani-

smi di tutela legale? La Consulta di bioetica laica ha chiesto il riconoscimento giuridico della Carta dell'autodeterminazione che comprende il «diritto all'informazione», il «requisito del consenso», le «direttive anticipate». E l'indicazione di una persona di fiducia che diventi titolare, al posto del malato, se sopravviene uno stato di incapacità. Non è un percorso, quello di chi soffre, che possa essere lasciato alla natura. O scaricato sui medici. Ci sono persone che entrano in ospedale facendosi promettere che non saranno attaccate alle macchine. «Lei, professore, deve rispettare la mia volontà». E se quel professore vede che il paziente soffoca, cosa deve fare?

Soprattutto, la cura, l'arresto della terapia non può prescindere dalle relazioni che si instaurano tra paziente e medico, tra paziente e persone che lo circondano. Tra le anomalie del «caso italiano» c'è quella di non voler dare responsabilità personale al paziente mentre la Costituzione prevede che il paziente sia il titolare della sua salute. La legge, probabilmente, servirebbe a non violentare la volontà del singolo. Ma sarebbe necessaria un'idea diversa del rapporto che si instaura con il malato. Anche se sappiamo bene che i sentimenti, soprattutto la paura della morte, sono più difficili da modificare rispetto alla velocità con cui cambiano le idee, la medicina, la tecnica.