

Eutanasia, Mass Media e Cure Palliative

di Furio Zucco *Presidente SICP*

Quante novità sotto il sole! Mentre scrivo, i media traboccano di “*Accanimento terapeutico, Eutanasia attiva e passiva, Staccare la spina, Cure sproporzionate e Terapie futili, Diritto all’autodeterminazione e Sacralità della vita, Cure palliative e Terapia del dolore, Sedazione terminale o palliativa con alte dosi di morfina etc, etc.*”. Selezionando la rassegna stampa si ha la chiara impressione che queste tematiche siano utilizzate quale potente trampolino per improvvise visibilità sulle prime pagine e sui network radio-televisivi. Un numero di “esperti”, in crescita esponenziale, esprime pubblicamente il proprio parere sulle tematiche di fine vita e sulla medicina palliativa, con grande disinvoltura, spesso utilizzando le stesse definizioni ma attribuendo ad esse, più o meno consapevolmente, significati differenti a volte tra loro contraddittori. Un esempio fra tutti: su un giornale a diffusione nazionale, il 26/9/2006, capitava di leggere un’intervista nella quale il familiare di un malato terminale raccontava la propria esperienza in riferimento a un intervento assistenziale che l’articolista definiva, in un mix micidiale da un punto di vista bioetico e informativo, “*sedazione palliativa, una variante dell’eutanasia passiva*”.

Come è possibile che la popolazione italiana possa formarsi un’opinione matura e consapevole su queste

tematiche se quanto viene amplificato e diffuso dalle fonti di informazione non chiarisce ma confonde? Se tra gli stessi “esperti” non vi è la piena condivisione dei significati dei termini e delle definizioni, come potranno diffondersi comunicazione e informazione alla base di una miglior comprensione della realtà?

Tutti ricordiamo le recenti opinioni massmediatiche di Veronesi, secondo il quale negli ospedali italiani si pratica comunemente e in modo nascosto l’eutanasia: in una sua intervista del 18 novembre 2005 pubblicata su una importante testata nazionale, molto articolata e profonda, alla domanda del giornalista “*E i medici lo fanno (il praticare l’eutanasia clandestina)?*” Veronesi rispondeva “*Sì, sarebbe ipocrita negarlo: negli ospedali italiani l’eutanasia clandestina viene praticata. Nessuno lo confesserà mai, eppure esiste. Si allontana l’infermiera con una scusa, si aumenta un po’ la dose di morfina... ci sono molti modi*”. Pensate all’impatto di questa affermazione sulla popolazione che, mi scusi Veronesi, denota una non completa conoscenza dell’attuale rapporto professionale medico-infermiere nei nostri ospedali e di quali siano, purtroppo, le complesse procedure ospedaliere per la prescrizione della morfina e degli altri oppioidi.

Abbiamo ancora impresse le affermazioni di Don Verzè, fondatore del

San Raffaele di Milano che, riferendosi a un amico collegato a un respiratore artificiale a causa di una malattia neurologica irreversibile, in una intervista del 13 ottobre 2006, rilanciata da tutte le più importanti agenzie, ricordava “*Era molto presto, le sette del mattino. Piangendo dal cuore dissi: staccatelo*”.

Ognuno di noi, che vive costantemente il rapporto tra vita e morte dei malati che assistiamo e aiutiamo, è stato sicuramente toccato da quello che, freddamente, è stato definito il “*Caso Welby*”. Eppure il dibattito era scaturito dagli accorati ma lucidi appelli al Presidente della Repubblica da parte di una persona che chiedeva di porre fine alla propria sofferenza di malato inguaribile, immobile a letto, mantenuto in vita da una terapia ventilatoria meccanica.

Quali considerazioni trarre?

Innanzitutto si assiste al fatto che, con frequenza sempre maggiore, ravvicinata nel tempo e sicuramente non casuale, si affrontano senza più terrore alcuni “nervi scoperti” della società civile italiana: quelli relativi alla consapevolezza dei limiti della medicina e alle decisioni nelle fasi finali della vita, aree che il Cardinal Martini, in un dibattito con Ignazio Marino, attuale Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, pubblicato dall’Espresso e intitolato “*Dialogo sulla vita*”, ha definito “*zone grigie*”.

Forse era inevitabile, ma nel dibattito su queste tematiche, per lungo tempo si è rischiato di toccare le sole corde dell'emotività piuttosto che quelle della ragione. Nella discussione suscitata e stimolata da Welby si è assistito però a un mutamento di rotta e a lui andrà per sempre il merito di aver contribuito in modo sostanziale a determinare un processo virtuoso: pur senza escluderne le implicazioni affettive, i suoi stimoli di persona malata, ma raziocinante fino all'ultimo e consapevole del senso politico di ogni storia individuale, hanno fatto sì che il dibattito, a volte aspro, stimolasse approfondimenti prima di allora impensati, determinando una reale crescita culturale e di consapevolezza in larghe fasce della popolazione. A mio avviso mai si era giunti, in Italia, ad un tale livello di diffusione pubblica della discussione sulle tematiche delle cure palliative e di fine vita, che ha permesso di trattare e di approfondire tutti gli aspetti critici delle decisioni alla fine della vita, esportandoli dagli ambiti clinici, bioetici e legali a quelli, più ampi, della società civile. Quali saranno le conseguenze pratiche di tutto ciò ancora non è chiaro, ma certamente nulla sarà più come prima: la popolazione finalmente si sta accorgendo dei limiti della medicina anche nel nostro mondo ipertecnologico nel quale la fretta sembra essere il comun denominatore. Si inizia a comprendere che medici, infermieri e operatori sanitari non possono più essere i depositari dei segreti della vita e della morte e men che meno arbitri incontrastati della felicità e dell'infelicità basate sulla presenza o assenza di malattie, sem-

pre più croniche e caratterizzate da una fase "terminale".

Tutto ciò sfocerà in un impianto legislativo così come avvenuto in altri Paesi? Alcuni sostengono che ciò non è auspicabile ma rimane una domanda insoluta: senza un impianto normativo di riferimento dovremo continuare a procedere per "discussioni e dibattiti mediatici" per ognuno delle migliaia di malati che si trovano nelle fasi di terminalità?

Intanto sono arrivati alcuni risultati che, seppur parziali, fanno ben sperare. Primo: molti di noi sono stati sentiti durante le audizioni della Commissione Igiene e Sanità del Senato che sta elaborando il testo di legge per consentire il cosiddetto "testamento biologico". Non è un caso se in questo numero della Rivista e sul sito www.sicp.it troverete il testo del Documento che, dopo un anno di lavoro della Commissione ad hoc della nostra Società, ha definito e argomentato la posizione della SICP a favore delle direttive anticipate. Secondo: il 4 Dicembre si è riunita a Roma, la Commissione Nazionale definita di "*Terapia del dolore, Cure palliative e dignità del fine vita*", fortemente voluta dall'attuale Ministro della Salute, Livia Turco che, fatto ulteriormente significativo, è stata presente per tutta la seduta e durante le 4 ore della precedente audizione sulle stesse tematiche, propedeutica alla istituzione della Commissione.

Tra i compiti della Commissione, all'interno della quale la nostra Società è ben rappresentata, vi è quello di elaborare due piani: un Piano Nazionale sulle Cure Palliative e un Piano Nazionale per la terapia

del dolore e per lo sviluppo della lotta contro la sofferenza inutile a partire dall'esperienza dell'Ospedale Senza Dolore. Si tratta di passaggi fondamentali per porre le basi di quello che, secondo il Ministro della Salute, deve essere lo scopo più "alto" del lavoro comune: quello di cercare di modificare gli atteggiamenti di rimozione sinora presenti a tutti i livelli della società italiana sulle tematiche dell'inguaribilità, della sofferenza e del limite nelle fasi finali della vita, permettendo il più ampio confronto fra opinioni e posizioni differenti, basato però su conoscenze e definizioni condivise.

Terzo: un intenso lavoro preparatorio al quale molti di noi hanno contribuito, ha posto le basi perché in Commissione LEA venisse presentato e approvato, il 18 ottobre scorso, il Documento che definisce gli standard per le cure domiciliari. Prossimamente questo documento verrà presentato in Conferenza Stato Regioni. Quarto: attualmente è all'analisi del Ministero della Salute il primo Documento sulle Cure Palliative Pediatriche, frutto del lavoro di 5 mesi della Commissione ad hoc istituita presso il Ministero della Salute.

Poche cose? Insufficienti? Penso che, seppur a piccoli passi, il percorso verso una miglior difesa dei diritti dei malati inguaribili e delle loro famiglie stia procedendo. Di pari passo sta diffondendosi un cambiamento culturale che sostiene questa progressione e noi dobbiamo sempre più esserne soggetti attivi, in quanto conosciamo la realtà della sofferenza sicuramente più di altri.