

SOLUZIONI FINALI

Dieci anni di legge su eutanasia e suicidio assistito in Olanda e in Belgio. Crescono i casi e crescono indifferenza e arbitrio

di Assuntina Morresi

Erano nati sordi, ma all'idea che sarebbero diventati presto anche ciechi hanno deciso che non valeva più la pena vivere, e hanno chiesto di morire, insieme, così come insieme erano venuti al mondo: la legge belga sull'eutanasia ha consentito un mese fa a Marc ed Eddy Verbessem, due gemelli quarantacinquenni di Anversa, di essere uccisi con un'iniezione letale, giustificata con la loro grave "sofferenza psicologica" dovuta all'imminente cecità. Non erano malati terminali, lavoravano come calzalai, e secondo alcuni testimoni si sono avviati alla morte bevendo un'ultima tazza di caffè e conversando serenamente con parenti e amici.

La storia ha fatto scalpore, ma meno di quanto avrebbe dovuto: l'eutanasia, oramai, è sinonimo di un "diritto a morire" che viene sempre meno messo in discussione e non sempre le cifre sono sufficienti a rendere l'idea di quel che accade realmente nei paesi in cui la "dolce morte" è autorizzata e somministrata. Il Belgio, che nel 2002 è stato il secondo paese al mondo a legalizzare l'eutanasia, dopo l'Olanda, sta prendendo in considerazione l'allargamento di quella possibilità anche per minori di diciotto anni "in grado di discernere" e per malati di Alzheimer. Modifiche in questo senso sono già state presentate in Parlamento dal Partito socialista, che non dovrebbe trovare dif-

Due quarantacinquenni di Anversa, gemelli, hanno chiesto e ottenuto l'iniezione letale perché stavano per diventare ciechi

ficoltà a farle approvare. Sempre in Belgio, lo scorso anno, per la prima volta un detenuto, in prigione da ventisette anni per omicidi e stupri, ha chiesto e ottenuto di morire tramite eutanasia.

Un altro "primato", a suo modo. Ma in tema di primati, in Olanda, vale a dire nel paese che storicamente ha più dimestichezza con la morte su richiesta, nel 2011 sono state 3.695 le persone che hanno chiesto di morire, aiutate dal Servizio sanitario nazionale, mediante eutanasia o suicidio assistito. Il 18 per cento in più dell'anno prima, e il doppio rispetto al 2006. Su cento decessi in generale, quasi tre, nei Paesi Bassi, sono quindi da far risalire a "decisione persona-

le", secondo le regole dettate dalla "Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act", in vigore dal 2002.

Vale la pena andare a vedere, per quanto possibile, cosa significano quei numeri e come tutto questo è percepito dalla società olandese, cittadini e istituzioni. Perché il dato lampante è che la pratica della morte erogata su richiesta dallo stato tende a diffondersi, a diventare sempre più routinaria, meno selettiva, più banalizzata, una volta rotto l'argine che impone di curare, alleviare e sostenere senza accanimento, e mai di uccidere deliberatamente, sia pure "su richiesta".

Molto istruttiva, quindi, risulta la lettura dell'ultimo report dei Comitati regionali di revisione dell'eutanasia: un documento ufficiale, diffuso alla fine dello scorso anno, il cui scopo è dare conto delle modalità di applicazione della legge. Oltre ai numeri, quindi, si scende nel dettaglio delle

Nei Paesi Bassi, e presto potrebbe accadere anche in Belgio, si può chiedere di morire se ci si ammala di Alzheimer

storie, fin nei singoli casi, quelli più rappresentativi.

La legge olandese prevede l'eutanasia o il suicidio assistito all'interno del Servizio sanitario nazionale. Chi lo chiede deve farlo "personalmente, esplicitamente, ripetutamente", rivolgendosi al proprio medico curante, il quale si deve avvalere anche del parere, non vincolante, di un secondo dottore indipendente. Eutanasia e suicidio assistito sono considerati reato tranne che in alcune circostanze: compito del medico curante, personalmente responsabile della "pratica", è di verificare che la richiesta ricada nei casi consentiti dalla legge. Per procedere il dottore deve quindi: essere convinto che la richiesta sia volontaria e ben ponderata; essere convinto che la sofferenza del suo paziente sia insopportabile, senza prospettive di miglioramento; aver informato il paziente della sua situazione e delle sue prospettive; essere giunto alla conclusione, insieme al paziente, che non c'è altra ragionevole alternativa nelle sue condizioni.

Dopo aver consultato il collega, il medico curante, se ritiene di essere nel rispetto della legge, dà l'eutanasia o assiste al suicidio con la dovuta assistenza medica.

Morto il paziente, il medico ne notifica il

decesso a un patologo municipale, il quale raccoglie i report dei due dottori insieme a eventuali direttive anticipate del morto, e invia il tutto alla commissione regionale competente la quale, entro sei settimane, verifica che la legge sia stata rispettata. Se ci sono dubbi, la commissione può interrogare i medici per chiedere chiarimenti, e se non c'è certezza che la legge sia stata rispettata il caso viene segnalato alle autorità giudiziarie competenti che, a loro volta, lo prenderanno in esame per decidere il da farsi.

Il rapporto ufficiale sull'eutanasia olandese comincia con una denuncia: troppe volte la commissione è andata ben oltre il termine di sei settimane prima di concludere la verifica dei singoli casi. Anziché 42 giorni, fra la segnalazione alla commissione e la comunicazione al medico curante della conclusione della verifica ne sono passati 111. Il motivo? Troppo lavoro arretrato. Le commissioni non ce la fanno più a stare al passo (testuale) con le segnalazioni di eutanasia e suicidio assistito, che aumentano continuamente. Le autorità olandesi hanno quindi deciso di aumentare il personale dedicato, e allo stesso tempo di velocizzare la procedura. Per ogni nuovo caso notificato alla commissione, un componente esperto della segreteria (la cui affidabilità è garantita dalla "lunga esperienza" nel settore: ne ha viste tante, insomma) avrà il compito di verificare egli stesso, in prima istanza, la legalità dell'eutanasia o del suicidio assistito eseguiti. I casi che superano l'esame preliminare dei funzionari vengono poi inoltrati per via elettronica a tre membri della commissione, e se tutti concordano sulla correttezza della procedura nei termini previsti dalla legge, la cosa finisce lì. In caso contrario, la documentazione viene esaminata da tutti i nove membri della commissione.

Insomma: se aumentano a dismisura le richieste di eutanasia e di assistenza al suicidio, lo stato si affretta innanzitutto a velocizzare le pratiche di verifica - quelle ex post, sia chiaro, a cose fatte e a richiedenti già defunti - per non rimanere indietro. Nel rapporto non c'è neanche un rigo sui possibili motivi dei continui e costanti aumenti delle richieste di "morte di stato" nel paese.

Sono le singole storie, a chiarire meglio cosa abbiano voluto dire dieci anni di legalizzazione dell'eutanasia per la società olandese. Nel rapporto, infatti, si raccontano i casi controversi, quelli che hanno fatto discutere, e li si mettono a confronto con quel-

li che invece rientrano nei criteri previsti dalla legge. Prendiamo il "caso n. 1": una sessantenne con un cancro al colon, e varie metastasi. Ha dovuto interrompere la chemioterapia palliativa. Il medico curante riferisce che la sua sofferenza è insopportabile per i dolori, le piaghe da decubito, il vomito, ma soprattutto per via della mancanza di ogni possibile prospettiva di miglioramento. Quando il secondo medico la va a visitare la trova seduta sul sofà del soggiorno, vestita, pronta a raccontargli in dettaglio il decorso della sua malattia. Dice che le medicine le rendono sopportabile il dolore ma non il vomito, che proprio non controlla, e non riesce a mangiare. Vorrebbe tirare avanti ancora per un po', in vista di una prossima visita alla famiglia, ma teme che la situazione peggiori. I due medici concordano: la sofferenza è insopportabile, le condizioni previste dalla legge sono rispettate, l'eutanasia si può eseguire. Per la commissione, tutto regolare.

Un po' più complicati i casi di demenza: 49 le eutanasi o i suicidi di persone con sindromi di questo tipo nel 2011, tutti effettuati, secondo le autorità, nel rispetto della legge. Sono in gran parte persone nelle fasi iniziali della malattia, consapevoli sia dei primi sintomi sia di quello che le aspetta. Nei casi in cui invece la fase è più avanzata è importante che esista una direttiva anticipata messa per iscritto, in cui la persona, ancora nel pieno delle capacità mentali, abbia chiesto l'eutanasia in vista della situazione in cui poi si è effettivamente trovata. Per esempio il "caso n. 6": a un cinquantenne viene diagnosticata la demenza da corpi di Lewy (la seconda malattia degenerativa più diffusa fra gli anziani, dopo l'Alzheimer). Ha problemi di memoria e nei movimenti, e poi dorme male per via di allucinazioni ricorrenti. Chiede l'eutanasia al medico curante, e al secondo dottore chiamato per il consulto racconta - dopo essersi seduto pure lui sul sofà, come suggerito dalla moglie - tutta la sua tristezza per come è cambiata la sua vita. Non solo per l'aspetto cognitivo, di cui è consapevole, ma anche perché non può più lavorare, guidare l'auto, il motorino: limitazioni che necessariamente aumenteranno. Non vuole trovarsi nelle condizioni di non riconoscere più sua moglie e i suoi figli, e non vuole assolutamente essere ricoverato in qualche casa di cura per essere assistito adeguatamente, quando peggiorerà. Secondo i medici la sofferenza dell'uomo era insopportabile, non solo per il declino fisico e per le allucinazioni, ma anche per la consapevolezza che un ulteriore peggioramento sotto tutti gli aspetti fosse inevitabile. Quindi si è convenuto che tutte le condizioni previste dalla legge sussistevano, e si è proceduto con l'eutanasia. La commissione ha confermato la correttezza dell'operato.

Nessun dubbio neppure nel "caso n. 10", intitolato "sofferenza insopportabile senza prospettive di miglioramento in un paziente sofferente di sindromi geriatriche multiple e perdita di dignità". L'uomo ha ottant'anni, vede e sente poco, si muove solo con il deambulatore, ha avuto complicanze

da un'infezione urinaria, porta un catetere. Ha bisogno di assistenza per tutto. La sua sofferenza è causata dal fatto che non può più fare quel che faceva prima: camminare, leggere, ascoltare musica, tutto quello che ha sempre amato, lui che era sempre stato "very independent". "La sua sofferenza è chiaramente senza prospettiva di miglioramento", si legge nel report. Quando il secondo dottore va a casa sua, lo trova seduto sull'immane sofà, evidentemente deperito. L'anziano paziente gli racconta la sua storia: si è sempre considerato un artista, ma ultimamente non è stato più capace di realizzare le proprie idee. Ha bisogno continuamente di aiuto, è interamente dipendente dagli altri: una situazione intollerabile. Vuole morire con dignità. Il suo medico curante gli aveva suggerito dei supporti particolari per muoversi e per vedere meglio, ma l'anziano ha rifiutato, perché non avrebbero risolto la sua sofferenza principale, e cioè il declino della qualità della sua vita. I medici hanno riconosciuto l'esistenza dei requisiti per ottenere l'eutanasia, e il comitato ha convenuto sulla correttezza del loro operato.

Ma non sempre le eutanasi segnalate sono state eseguite nei termini previsti dalla legge: nel 2011, per esempio, la commissione ha segnalato alle autorità competenti quattro casi da rivedere. Il primo riguarda una donna di settant'anni che soffre di feroci mal di schiena per i quali, secondo il medico curante, non c'erano altre cure oltre quelle alle quali la donna già si è sottoposta (inefficaci). Il secondo medico, invece, è di diverso avviso: innanzitutto non è certo della diagnosi del suo collega, considerato che la signora ha dichiarato di soffrire dall'età di 13 anni, e di non ricordarsi mai di aver vissuto senza mal di schiena, in vita sua. Sempre il secondo medico ritiene che quello curante non abbia fatto abbastanza per alleviare il dolore della signora, e prende in considerazione la possibilità di somministrarle morfina, che però esclude perché troppo rischioso, visto che la donna vive sola. Il rapporto dettaglia tutti i punti di disaccordo fra i due dottori: quello curante, al quale vent'anni di esperienza hanno insegnato che se un paziente non vuole veramente morire, non va fino in fondo con le sue richieste, come invece ha fatto questa donna. Il suo collega è invece convinto che qualcosa d'altro si sarebbe potuto fare per lenirle il dolore: d'altra parte, la signora aveva esplicitamente dichiarato che avrebbe

In un anno è aumentato del diciotto per cento il numero di coloro che, in Olanda, hanno chiesto la "morte di stato"

rinunciato all'eutanasia se il dolore fosse stato sopportabile. Alla luce della documentazione, la commissione ha concluso che la sofferenza della paziente era insopportabile, ma che forse avrebbe potuto avere

prospettive di miglioramento, e quindi l'eutanasia era stata effettuata senza rispettare i criteri di legge.

In altri due casi segnalati alle autorità giudiziarie entra in gioco anche la procedura medica. Il "n. 16" riguarda una donna di sessant'anni con un tumore al colon, che si aggrava nonostante la chemioterapia. Chiede di morire, i due medici concordano sull'insopportabilità della situazione. Ma una volta appurato che le condizioni per eseguire l'eutanasia sussistono la donna migliora. Non chiede più di morire, anzi, affronta la malattia "con grande perseveranza, in parte dovuta alla difficoltà dei figli di accettare" la sua decisione. Le sue condizioni però peggiorano di nuovo e dopo quattro mesi la signora rinnova la sua richiesta. Il medico curante non ritiene opportuno consultare ancora il secondo dottore, e procede con l'eutanasia. La commissione, però, ha dubbi sul report del medico dal quale risulta che alla donna, dopo un'ora e mezzo dalla dose letale, ne sia stata somministrata una aggiuntiva. Convocato, il medico curante spiega che, non vedendo morire subito la sua paziente, è caduto nel panico e ha chiesto consiglio a un farmacista, il quale gli ha suggerito una seconda somministrazione, che è stata data dopo un'ora e mezzo dalla prima, ma senza una verifica appropriata, da parte del medico, circa lo stato comatoso della donna. Una verifica importante:

La triste contabilità di un mondo e di società che hanno rinunciato a dare risposte alla sofferenza e alla solitudine

l'eutanasia avviene mediante due farmaci somministrati uno dopo l'altro, il primo dei quali provoca uno stato di coma profondo, tale che la persona non senta niente quando il secondo fa effetto. Dopo altri venti minuti dalla seconda dose, la donna muore.

Alla richiesta della commissione di mettere per iscritto quanto dichiarato verbalmente, il medico dà una versione contraddittoria, giustificandosi con lo stress dell'esperienza vissuta. La commissione riconosce che in effetti somministrare l'eutanasia non fa parte della comune esperienza medica, e che può essere molto stressante, specie se le cose non vanno come previsto. Rispetto al mancato consulto del secondo medico, invece, la spiegazione è che non è stato ritenuto necessario perché le condizioni della signora erano le stesse verificate per la prima richiesta.

La commissione stavolta non ha ravvisato la congruità della procedura seguita con le norme di legge. I medici che praticano l'eutanasia debbono seguire linee guida molto precise anche dal punto di vista della procedura farmacologica, e debbono sempre verificare che la persona non soffra. Nei casi di suicidio assistito, per esempio, quando chi chiede di morire ingerisce autonomamente i farmaci, se ci sono "complicazioni" - nel senso che la morte non arriva veloce-

mente come dovrebbe - il medico è tenuto a effettuare l'eutanasia. Nel 2011 sono stati segnalati 53 casi di morte procurata con una combinazione di suicidio ed eutanasia.

E' solo una parte della triste contabilità di un mondo che ha rinunciato a dare risposte alla sofferenza e alla solitudine, perché è più conveniente e meno oneroso, in tutti i sensi, sancire l'insopportabilità di una condizione di sofferenza. Come nel caso dei due gemelli belgi morti per suicidio assistito, che avevano solo paura di non poter più vivere insieme e di non poter più comunicare tra loro.