

TRAGICHE SCORCIATOIE PER LE MALATTIE TERMINALI

Le derive del suicidio assistito e dell'eutanasia ai bambini

I casi in Belgio e Olanda ora allarmano anche la scienza



di Carlo Bellini

Il caso della giovane Brittany Maynard, affetta da cancro al cervello, e che ha chiesto e ottenuto di morire pur non essendo in fase terminale, riporta nel dibattito pubblico il tema dell'eutanasia e del suicidio assistito, perché ne è una ulteriore evoluzione. Che sia chiaro: il dolore richiede compassione, cura ben fatta e capacità di fermarsi quando le cure diventano inutili. Quello che non ci piace sono le scorciatoie, e l'eutanasia è una di queste. Come tutte le cose di moda in questo periodo, l'eutanasia non sfugge alla metodica di propaganda fatta di massicce campagne pubblicitarie, testimonial e casi tristemente pietosi. Tanto da far passare in secondo piano l'oggetto-morte e il soggetto-persona cui invece gli stati dovrebbero concedere e garantire sempre migliori cure e aiuti sociali reali e tangibili. Ma ormai, ottenuto il placet popolare, le scorciatoie si moltiplicano. Valga l'esempio dell'eutanasia infantile approvata in vari Paesi: ormai si discute come farla finita una volta presa la decisione, magari con i morilassanti tipo curaro, se l'agonia è lunga o comprensibile ma estraneo ad un diretto interesse del bambino – i genitori non riescono ad affrontare una lunga agonia dopo aver sospeso le cure (*Pediatrics* 2014).

Ma si semplificano le cose anche negli adulti: dopo l'arresto cardiaco c'è un periodo di tempo da far passare per decretare la morte, ma questi tempi si possono anche accorciare alla bisogna se si è già decretato che la vita comunque non merita ulteriori chances. «Nei protocolli per questo tipo di donazione di organi» spiegava (Agosto 2008) un editoriale del *New England Journal of Medicine* «i pazienti che non sono in morte cerebrale ma su cui è in corso una sospensione dei trattamenti di supporto vitale, vengono monitorizzati per cogliere l'insorgenza di arresto cardiaco» e «sono dichiarati morti dopo 2-5 minuti dall'arresto cardiaco e gli organi vengono rimossi». Continua così l'editoriale: «Sebbene tutti concordino che molti pazienti possano essere



ancora rianimati dopo 2-5 minuti di arresto cardiaco, i sostenitori di questi protocolli dicono che possono essere considerati morti perché è stata presa la decisione di non rianimarli (...). Molti obietteranno che non si dovrebbero togliere gli organi e provocare così la morte. «Ma – si risponde – nelle moderne rianimazioni le decisioni etiche sono già la causa terminale di morte». E come si poteva immaginare, questa speciale attenzione è ricaduta anche sui neonati, in cui, avverte James Bernat, sempre sul *NEJM*, il periodo di osservazione prima di partire con l'espianto scenderebbe a 75 secondi. Questo certo non accade in Italia, ma come è facile scivolare quando si inizia ad andare su un piano inclinato. Il *Mail Online* del 3 ottobre così titola: «Il numero di pazienti con malattia mentale triplica in Olanda e i dottori mettono in guardia che il suicidio assistito è fuori di controllo»: 3.600 persone eutanaziate con malattia terminale, ma anche un centinaio con malattia psichiatrica, con un aumento del 150% negli ultimi sette anni. Anche la rivista *Current Opinion in Anesthesiology* di aprile 2014 spiega i rischi aperti dall'eutanasia per le persone fragili mentalmente.

Non siamo certo noi fautori di un accanimento terapeutico: le cure hanno un limite perché lo scopo della medicina non è prolungare la vita, ma prendersi cura, cosa che significa anche non far cose senza senso. Ma ci domandiamo tre cose. La prima riguarda chi decide in caso di eutanasia infantile: quanto ha senso sospendere le cure non solo sulla base dei dati oggettivi, ma sul parere dei genitori? La cosa a prima vista sembrerebbe ragionevole, se non si tiene conto del fatto che i genitori non hanno le conoscenze mediche e non le possono imparare in poche fiammanti sedute, che possono avere un conflitto di interessi col figlio o fra di loro, e che soprattutto sono sotto grave stress, cosa che controindica prendere decisioni irreversibili. Non a caso il *Journal of the American Medical Association* pubblicava in maggio un articolo dal titolo: «Eutanasia Pediatrica in Belgio: Sviluppi inquietanti». Sempre riguardo i bambini, ci domandiamo quanto conti l'oggettività dei segni clinici. Per i bambini, secondo il protocollo di Groningen, una delle categorie per cui è prevista l'eutanasia è quella con

sofferenza insopportabile a giudizio dei genitori e dei medici. E qui viene da domandarsi perché, avendo strumenti per valutare oggettivamente il dolore, ci si debba rifare al parere soggettivo dei genitori, che pur dovendo sempre essere informati al massimo e protagonisti delle cure, hanno i limiti di cui sopra. E perché si includa nel novero delle forme di sofferenza insopportabile quelle che possono portare a una qualità di vita "bassa", come la spina bifida, concetto messo in discussione proprio dai medici stessi che curano la spina bifida e recentemente da un'indagine tra i medici austriaci. Il problema di cosa sia poi "sofferenza insopportabile" rischia facilmente di sfuggire di mano: un'indagine tra i medici europei mostra che ne esiste una grossa percentuale – con l'Italia in coda fortunatamente – che pensa che la vita con disabilità fisica sia peggio della morte.

Infine dovremmo chiederci quanto questo dibattito per la corsa ad un'eutanasia sempre più rapida e agevole non sia una scorciatoia per non parlare del disagio della famiglia e del paziente: insomma, si do la maniera di morire, ma non ci venite a far perder tempo parlando su come vivere meglio: quanti studi parlano della depressione nelle persone con malattia cronica e quante spiegano che questa depressione non è spesso curata o viene curata male? Per non parlare del problema sociale ed economico che grida vendetta: famiglie abbandonate a spese insostenibili di fronte alle quali la morte sembra la via più percorribile... almeno per gli Stati. Non che la malattia grave e cronica non sia un dolore fortissimo, ma che nulla si faccia per aiutare queste persone a non essere sole è ingiusto e indegno. Sembra allora che, aperta la breccia con il concetto dell'eutanasia per chi sta morendo e soffre, poi il concetto vada espandendosi: nell'affrettare ancor più la morte, nel dare la morte a chi non può chiederla e nel darla non a chi ha un dolore in atto ma una (neanche certa) bassa qualità di vita futura. Insomma, una volta partiti per la strada dell'autodeterminazione e non per quella di un arresto delle cure inutili su basi oggettive, il rischio è che i deboli, i bambini, i disabili e le loro famiglie si trovino – come in tanti altri settori – con minori tutele.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LONDRA

Parte la mobilitazione per dire no alla legge sulla morte assistita

Erano centinaia le persone che si sono riunite ieri davanti alla Camera alta del Parlamento britannico dove i Lord sono chiamati a discutere, in un ulteriore passaggio legislativo conosciuto come "committee stage", la proposta di legge di Lord Falconer che vorrebbe vedere legalizzata nel Regno Unito la morte assistita. In centinaia hanno protestato contro una proposta che è del tutto simile alla legge già vigente nello stato americano dell'Oregon e che prevede che ai medici sia garantito il diritto di iniettare una dose letale di farmaci a un malato terminale che sia cosciente e al quale non siano stati pronosticati più di sei mesi di vita. «Sono almeno 175 gli emendamenti che la Camera dei Lord deve discutere prima di arrivare a una decisione – ci dice Peter Saunders dell'associazione "Care not Killing" – ed è molto probabile che l'esame richiederà almeno altre tre sedute prima che il dibattito venga esaurito qui per proseguire alla Camera dei Comuni. Siamo ottimisti: l'opposizione a questa legge, nonostante le forti spinte della lobby pro-eutanasia, è molto forte, perché la nazione è cosciente del fatto che metterebbe a rischio la vita di una delle categorie più vulnerabili, i malati terminali, l'ultimo passo prima della legalizzazione dell'eutanasia». (E.D.S.)