

**POLITICA  
E FINE VITA**

Cinque specialisti valutano i punti più rilevanti del provvedimento che da oggi torna all'esame del

Senato per l'ultimo passaggio: nutrizione, no a eutanasia e accanimento, alleanza terapeutica

# «Dat: ecco perché la legge va bene»

*I medici d'accordo: in questa norma una serie di scelte equilibrate e condivisibili*

È prevista per oggi al Senato la ripresa dell'iter che potrebbe portare sollecitamente all'esame dell'aula il disegno di legge sulle «Dichiarazioni anticipate di trattamento» (le «Dat»), dopo oltre 4 anni di esame da parte di entrambi i rami del Parlamento. Oggi l'ufficio di presidenza della Commissione Sanità dovrebbe stilare la tabella di marcia per esaminare il testo da inviare all'aula per il voto finale prima che termini la legislatura. «Credo vi sia un'inequivoca maggioranza al Senato – ha detto ieri l'ex ministro del Welfare Maurizio Sacconi – per richiedere l'immediato esame della legge e il libero voto su di essa, anche attraverso il voto segre-

to quando consentito dal regolamento». «Bisogna evitare sia le derive eutanasiche che il rischio di accanimenti terapeutici – aggiunge il capogruppo Pdl Maurizio Gasparri –. La normativa rappresenta un importante punto di equilibrio». Rispondendo alla polemica del segretario Pd Pier Luigi Bersani, che aveva parlato di strumentalità della legge, Ada Urbani, senatrice Pdl, parla di «stupefacente superficialità». Un'approfondita conoscenza della materia che la legge andrebbe a normare è invece offerta da cinque medici esperti di fine vita. Per i quali la legge è un provvedimento opportuno e un atto di civiltà. Ecco le loro voci.

**ROSSINI (ROMA)**

**«La nutrizione non è una terapia»**

Nutrizione e idratazione, nelle diverse forme possibili, devono essere mantenute fino al termine della vita – dice l'articolo 3 – a eccezione del caso in cui non siano più efficaci nel fornire i fattori nutrizionali necessari. Non possono comunque essere oggetto di Dichiarazione anticipata di trattamento. «Qui si parla di persone in stato vegetativo o di minima coscienza – spiega Paolo Rossini, ordinario di Neurologia al Policlinico Gemelli di Roma –, cioè pazienti che quasi sempre potrebbero ancora deglutire autonomamente, dunque nutrirsi come tutti noi (il sondino è usato per questioni di tempo). Non solo: anche per chi ha la Peg non è necessario utilizzare le sacche di alimentazione, che costituiscono solo un business. Basta frullarci dentro i cibi normali». Sfatata l'artificialità della nutrizione cade anche quella del sondino, «che usiamo anche per tutti gli anziani non autosufficienti, i cerebropatici infantili e per tante patologie dell'apparato digerente». Cibo e acqua, dunque, non possono essere oggetto di Dat per disabili incapaci di esprimere la volontà, come Eluana. «Un esempio splendido è stato il cardinale Martini, malato da anni e lucido nel capire che la vita stava autonomamente finendo». Ma che accade se il paziente non è cosciente? «Nessun medico prolunga l'agonia in uno stadio terminale senza prospettiva di miglioramento». (L.B.)

**TIRELLI (PORDENONE)**

**«Mai l'accanimento terapeutico»**

«Qualsiasi medico, di fronte al malato ormai giunto alla fase terminale, in scienza e coscienza si astiene da ogni terapia. Continua soltanto la cura per accompagnarlo alla morte senza sofferenze. Bene fa però la legge sulle Dat a specificarlo, perché oggi c'è una grande confusione nel concetto di accanimento terapeutico, per evitare il quale addirittura si tende all'eccesso opposto, ovvero all'abbandono terapeutico o addirittura all'eutanasia». Così Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di Oncologia all'Istituto nazionale dei Tumori di Aviano (Pordenone). L'articolo 3 comma 2 ribadisce che con le Dat il cittadino può esplicitare la rinuncia a trattamenti terapeutici sproporzionati: «È giusto, purché sia il medico a stabilire se effettivamente lo sono. Ad esempio, di fronte a un tumore inoperabile e matematicamente mortale, non applicherei alcuna terapia, mi limiterei a idratare il paziente affinché non soffra. Se invece fosse affetto da un tumore grave ma potenzialmente guaribile, le terapie sarebbero doverose». Una valutazione che il paziente non può fare. Ecco perché il suo rapporto di fiducia con il medico resta la chiave per orientarsi. «Tra l'altro la scienza fa progressi enormi, ciò che oggi sarebbe un accanimento senza risultati, un giorno potrebbe non esserlo più, ma il paziente non sarebbe in grado di cambiare le Dat. Solo il medico può giudicare». (L.B.)

**GUIZZETTI (BERGAMO)**

**«Una garanzia per chi è ormai privo di coscienza»**

Quando è che le Dichiarazioni anticipate di trattamento si attivano? Non quando il paziente è ancora capace di decidere se accettare o meno una terapia (diritto riconosciuto dalla Costituzione), ma quando ormai non è più in grado di farlo. «La legge è pensata proprio per garantire i più deboli, ormai privi di coscienza. Sempre che davvero poi si arrivi ad essere del tutto privi di una consapevolezza seppur minima...», nota Giovanni Battista Guizzetti, responsabile del reparto Stati vegetativi al Centro Don Orione di Bergamo. Il testo della Camera, conscio della genericità di tale definizione, ha quindi circoscritto a chi "si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni per accertata assenza di attività cerebrale integrativa...". «Alla parola permanente io sostituirei persistente, perché anche dopo molti anni sono avvenuti dei risvegli, seppure in rarissimi casi». Poiché di Eluana, disabile ma viva e sana, si è detto che era «morta 17 anni fa», e qualcuno sostiene che anche la "accertata assenza di attività cerebrale integrativa ecc." di cui parla la legge corrisponde a morte, il responsabile del Centro nazionale trapianti, dottor Nanni Costa, ha chiarito «trattarsi di condizioni riferibili senza dubbio a una persona viva». (L.B.)

**BATTISTIN (PADOVA)**

**Tra volontà e parere del medico**

Uno dei punti più controversi della legge è la discrezionalità che viene lasciata al medico, il quale non solo non potrà comunque mai applicare l'eutanasia o l'accanimento terapeutico, nemmeno se richiesto, ma inoltre prende "in considerazione" gli "orientamenti" espressi nelle Dat dal paziente e decide di seguirli o meno", annotando in entrambi i casi sulla cartella clinica tutti i motivi. «Qualora decidesse in scienza e coscienza di doversi allontanare da quanto scritto nelle Dat - spiega Leontino Battistin, direttore scientifico dell'Irccs San Camillo di Venezia e della Clinica neurologica dell'Università di Padova - sarebbe comunque tenuto a sentire i familiari». A chi pensa che questo articolo svuoti di efficacia le Dat, il professore risponde che «si tratta invece di un perfetto equilibrio tra il desiderio del singolo e la competenza del medico, che in accordo con la famiglia ha la responsabilità e le conoscenze in materia per fare sempre e soltanto il bene del paziente. Io stesso per 15 anni sono stato chiamato d'urgenza dai rianimatori che mi chiedevano se "staccare" la spina e spesso, con serenità, ho preso decisioni contro l'accanimento terapeutico. L'alleanza medico-paziente-familiari sarebbe sufficiente, ma una legge in Italia è necessaria per non ricadere nell'obbrobrio accaduto a Eluana». (L.B.)

**ZAMPOLINI (FOLIGNO)**

**«Assicurare terapie antidolore»**

Il nuovo testo riveduto alla Camera aggiunge un comma che garantisce ai malati terminali una "adeguata terapia contro il dolore" e "cure palliative". «È una precisazione importante - commenta Mauro Zampolini, direttore di Riabilitazione dell'Unità gravi cerebrolesioni all'ospedale di Foligno - perché si stabilisce anche per legge ciò che per noi medici è naturale, cioè che sapersi fermare quando la vita è giunta naturalmente al suo termine non significa però abbandonare il paziente. In Italia, nonostante la nuova normativa del 2010 in questo tema, c'è ancora diffidenza verso l'uso della morfina, a volte persino tra i medici è un tabù, al punto che due anni fa l'Oms ci ha ammonito per il mancato raggiungimento degli standard nell'uso degli oppiacei». Altrettanto importante è quanto la Camera ha proposto al fine di assicurare equità nelle cure alle persone invece in stato vegetativo: «Fondamentale che la loro cura rientri nei Lea, i livelli essenziali di assistenza minima per tutti, così come è notevole il coinvolgimento delle famiglie, cui sono assicurate le necessarie prestazioni domiciliari. La famiglia è tanto parte integrante del percorso terapeutico, che nel nostro ospedale ho fatto sparire gli orari di visita dei medici: siamo noi che andiamo dai parenti e ci confrontiamo, non viceversa». (L.B.)

