

sioni?

«Sì, io sono credente. Anche se non sono un grande frequentatore di chiese. Spero vivamente abbia ragione un prete che un giorno mi disse queste parole: col lavoro tuo, preghi già abbastanza».

Perché parla di solitudine del malato?

«Sua, ma anche della famiglia. Chi ha provato sa cosa intendo. La notizia di un male incurabile getta nella disperazione. Davvero il malato e i suoi cari si sentono perduti. È in quel momento che il medico deve dare qualcosa di più e di meglio».

Ma lei è per dire tutta la verità subito, o è meglio la bugia?

«La bugia crea aspettative, destinate poi a naufragare nella disperazione. Meglio la verità. Ma c'è modo e modo. Quando si comunicano certe cose, bisogna impiegare tut-

to il tempo che serve. Non si guarda l'orologio. Si chiude la porta. Si stacca il telefono. Poi c'è la famiglia...».

Già, la famiglia. Chi resta.
«Si fa presto a dire: stacciamo la spina. Ma l'ho detto anche alla signora Welby: il problema è dopo. Ha pensato a cosa le toccherà, dopo? Già una persona normale che perde qualcuno va avanti per anni a chiedersi se davvero ha fatto tutto il possibile. Ci si creano spesso sensi di colpa. Figuriamoci con l'eutanasia».

Per qualcuno sembra un gioco da ragazzi.

«S'è creato un brutto clima. Non si riflette più col rispetto che merita la questione. Favorevoli e contrari, tutti si schierano come davanti a una partita di calcio. Pochi si rendono conto che stanno parlando di temi terribili. Manca solo che ci chiamino

al televoto...».

Il solito problema nostro.

«Bisognerebbe, ogni sei mesi, organizzare visite guidate in certi reparti. Perché tutti quanti si capisca di che cosa stiamo parlando».

Che cosa la rammarica, di più, della vicenda Welby?

«Che non sono riuscito a parlargli. Io rispetto la sacralità del suo problema. Ma ugualmente gli direi che l'eutanasia non è un atto di libertà: resta un atto di morte, e basta. Vorrei dirgli anche, però, che sarei pronto a non abbandonarlo mai, fino alla fine. Un problema che in Italia si fatica a comprendere».

Sempre indietro, l'Italia.

«No, nella medicina no. Ma siamo grandi tecnici. Purtroppo, ancora non si insegna ai medici l'aspetto più delicato, soprattutto nelle fasi terminali: come stare accanto ai malati. Continuiamo a

curare la malattia, non il malato».

Come finirà questa storia di Welby?

«Francamente, non lo so. Mi pare però che siamo entrati in un vortice senza ritorno. Siamo alla guerra di principio. E lui, in mezzo. Terribile».

Sarebbe pronto a ritornare da lui?

«Loro hanno il mio numero. Io non ho mai detto no a nessuno. Però devono anche sapere che per me l'eutanasia resta un atto disumano».

Pensa mai a Welby, in queste sere, prima di addormentarsi?

«Sempre».

Che cosa vede, guardando il soffitto?

«Quello che vedo sempre, da vent'anni. I suoi occhi e quelli di sua moglie. Spalancati sulla disperazione».

È sbagliato staccare la spina. Ha solo bisogno di assistenza

Colpiti dall'angoscia del caso Welby, 10 medici specialisti hanno espresso una serie di domande che riguardano

sia lo specifico (come nasce questa richiesta?) sia il ruolo del medico (Può un medico dare la morte?).

La toccante vicenda di Piergiorgio Welby solleva angoscianti dilemmi morali e seri problemi medici su cui, come specialisti, ci stiamo interrogando. Quando all'interno di una relazione così particolare come è quella tra medico e paziente, si pone una richiesta di morte significa che qualcosa, qualcosa di fondamentale, è venuto meno.

La domanda di morte è in se stessa contraddittoria, e riteniamo riduttivo ricondurla semplicemente alla categoria della libera autodeterminazione. Quella del malato è una condizione fisica e psicologica di fragilità e affidamento, densa di richieste spesso inespressi, mascherate, a volte inconsapevoli. Sappiamo, per la nostra specifica esperienza professionale e basandoci sugli studi clinici a disposizione, che l'autonomia del paziente è gravemente inficiata da fattori interni quali la depressione o l'angoscia di morte, e fattori esterni quali il tipo di

sguardo che viene rivolto al paziente dai familiari, dagli amici, da chi lo assiste.

Cosa sia venuto meno nel caso di Piergiorgio Welby, non possiamo dirlo, non conoscendone la storia personale, i vissuti e la cartella clinica, ma al medico alcune riflessioni si impongono, dal momento che altre persone, in condizioni di malattia simili o anche più pesanti, non fanno la stessa richiesta.

Ci pare di capire che la richiesta non provenga da un pressante e perdurante dolore fisico: in questo caso sarebbe compito del medico curante, che certamente ha provveduto in tal senso, fornire tutti gli strumenti farmacologici oggi esistenti e assolutamente efficaci, per contrastarlo. Ma non sembra essere questo il problema. Da quanto leggiamo sulla stampa, e dagli scritti di Piergiorgio Welby, la richiesta di morte nasce

a solo

stato logico?

rebbe da una stanchezza interiore, da un'insopportabilità morale e psicologica della propria malattia.

① Per questo ci chiediamo: sono stati messi in opera tutti gli interventi per fornire un ambiente adeguato? L'assistenza a un malato cronico è facilitata in strutture e ambienti stimolanti, come una stanza non angusta, colorata, con un arredo funzionale e allegro. Tutto ciò sarebbe essenziale in un qualunque centro di cure per persone affette da patologie croniche.

② Ci chiediamo inoltre se sia stato offerto un qualificato aiuto psicologico e una doverosa consulenza per valutare se alla base della richiesta di Welby ci sia una patologia depressiva. Sappiamo che questa è presente in moltissimi casi di malati gravi che chiedono la morte. La depressione viene diagnosticata ancora troppo raramente in questi pazienti, ma va detto che

può e deve essere curata. Una richiesta di morte fatta in uno stato depressivo non sarebbe, ovviamente, una richiesta libera.

③ Ci chiediamo poi se l'ambiente relazionale in cui si trova a vivere Piergiorgio Welby sia umanamente stimolante; se sia inoltre incoraggiante ad uno sguardo su di sé che non lo riduca ad essere un simbolo, l'incarnazione di un «caso» o di una malattia.

④ Ma su Welby è stato esercitato il cosiddetto accanimento terapeutico?

Il termine nasce da un giusto desiderio di stigmatizzare un comportamento errato di proseguimento di cure inutili, ma è intraducibile in inglese, cioè nella lingua in cui circola la grande massa di informazioni scientifiche e mediche sulla questione. La dizione «accanimento terapeutico» nella nostra lingua fa supporre che esistano medici che per motivi non chiari cercano volontariamente di prolungare le sofferenze di un malato.

Crediamo piuttosto, se-

guendo la letteratura anglosassone, che sia più chiaro distinguere tra trattamento futile e utile, assumendo quindi un esplicito criterio di proporzione. Il primo è da evitare, il secondo è obbligatorio per il medico. Dare un antibiotico o fare un trapianto cardiaco a chi sta morendo di cancro entro brevissimo tempo è futile. Dare un supporto respiratorio a chi non sta morendo e ragiona in modo perfetto è utile, dunque doveroso. Questo è il caso di Piergiorgio Welby, che, a quanto ne sappiamo, non è un malato terminale: se cioè si sospendesse la somministrazione di acqua, cibo e aria, l'interruzione delle cure (e non la malattia) costituirebbe la causa della morte di Welby, che ha una vita personale fortemente tessuta di relazioni e ricca di consapevolezza.

⑤ Si obietterà che Welby non desidera quel trattamento, ma sospenderlo per farlo morire è un atto medico? Ci si può certamente appellare alla libertà di cura: il paziente ha sempre, in qualunque momento, la libertà di rifiutare un trattamento. Nel momen-

to, però, in cui si attribuisce la decisione sulla vita e la morte esclusivamente al malato, esaltandone l'autodeterminazione, appare del tutto superfluo ricorrere alla professionalità del medico, soltanto come esecutore di una sentenza di morte. Spegnerne un interruttore per far morire una persona non è un atto medico e può farlo chiunque: perché volere uno specialista per spingere un bottone, per di più mortale? Neanche per somministrare il sedativo per via orale richiesto da Welby come "sedazione terminale" serve necessariamente un medico [...]. Dare la morte non può essere annoverato tra gli atti medici.

**Ivano Argentini (cardiologo),
Donatella Balducci (anestesista),
Carlo Belleni (intensivista
neonatale), Nunzia D'Abbiere
(radioterapista), Giovanni Battista
Guizzetti (gerlatra), Marco Maltoni
(palliativista), Debora Meloni
(psichiatra), Nicoletta Mininni
(neuropsichiatra infantile), Roberto
Romanelli (epatologo), Giuliana
Ruggieri (chirurgo)**