

intervista

«Nessuno può dare certezza di irreversibilità dello stato vegetativo cronico – dichiara il professor Proietti, direttore del Dipartimento di emergenza al Gemelli di Roma –. Si tratta di una condizione di grave disabilità, ma non incompatibile con la vita. L'accompagnamento dignitoso? Si trattano i sintomi, non la causa»

OLTRAGGIO ALLA VITA

Errore atroce: fa abortire la paziente sbagliata

DA LONDRA ELISABETTA DEL SOLDATO

Un'infermiera inglese, Ann Downer, ha somministrato una pillola abortiva alla paziente sbagliata, dopo aver confuso le cartelle cliniche di due donne che avevano lo stesso nome di battesimo. Il drammatico incidente è avvenuto alla clinica Calthorpe di Edgbaston vicino Birmingham ed è stato reso noto solo ieri. Lo sbaglio sarebbe stato provocato, in parte, anche a causa del sistema che regola le code in sala d'attesa: nella clinica in questione infatti, per tutelare la privacy, viene chiamato solo il nome e non il cognome del paziente che deve essere visitato. E quando è stato chiamato il nome della paziente che avrebbe voluto abortire, è stata l'altra donna (che voleva sottoporsi a una semplice visita medica) ad alzarsi. Ma nella stanza dell'ambulatorio l'infermiera

non ha verificato, come avrebbe dovuto, gli altri dati anagrafici della paziente e ha prescritto la pillola abortiva. Quando la Downer si è resa conto dell'errore ha richiamato la paziente ma ormai era troppo tardi: la donna (che aveva superato le nove settimane di gestazione) soffriva già di forti dolori addominali e perdeva sangue. Ha dovuto quindi sottoporsi a un intervento chirurgico per completare l'aborto, ponendo fine a una gravidanza che aveva sempre desiderato. Un portavoce del "Nursing and Midwifery Council" (l'autorità che regola il campo dell'infermeria pre e neonatale) ha reso noto ieri che Ann Downer non verrà licenziata: la donna infatti ha ammesso lo sbaglio, ma ha anche detto di aver chiesto il consenso alla paziente. Il nome dell'infermiera resterà quindi su un registro particolare per almeno tre anni, nei quali sarà controllata da vicino.

ETICA & GIUSTIZIA

«Non c'è una patologia fatale che segue il suo corso: è proprio la sospensione di nutrizione

e idratazione a causare la morte. Ma quella è assistenza di base non un atto terapeutico»

«Lo stato vegetativo non è malattia terminale»

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

«Lo stato vegetativo non è una malattia che porta a morte, quindi i pazienti non sono malati terminali. In questi casi interrompere l'alimentazione non ha alcun fondamento medico». Rodolfo Proietti, docente di Anestesia e rianimazione all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento emergenza e accettazione (Dea) del Policlinico «Gemelli», non condivide alcuni presupposti che hanno portato alla decisione dei giudici di lasciar morire Eluana Englaro e trova fuorviante anche il riferimento all'irreversibilità dello stato vegetativo (SV): «Si tratta di una gravissima disabilità, ma la definizione di permanente, che caratterizza una prognosi, non è più utilizzato dai neurologi, in favore del termine persistente o cronico, che fotografa la situazione attuale».

Professor Proietti, i giudici hanno deciso che è possibile interrompere l'idratazione e l'alimentazione artificiali, in quanto si tratta di una terapia, che come tale può essere rifiutata. È d'accordo?

Direi di no. Di solito si parla di rifiuto delle cure in pazienti malati di tumore, per esempio, che non vogliono sottoporsi a un intervento chirurgico; oppure in pazienti con insufficienza renale cronica che non vogliono più effettuare la dialisi. Ma in questi casi, è l'evoluzione della malattia a portare alla morte il paziente. Ma se si sospende l'alimentazione e l'idratazione a un paziente in SV, non c'è nessuna malattia che determina la morte della persona. Pertanto, non si può nemmeno dire che si lascia morire, perché è proprio la sospensione dell'atto assistenziale rappresentato da idratazione e nutrizione a determinare la morte. Va ribadito che l'alimentazione artificiale è un atto assistenziale, e che se anche viene prescritto da un medico, non è una terapia medica in senso classico: può essere eseguito anche a casa.

Nel decreto della Corte d'Appello di Milano e dalla sentenza della Cassazione, si ricorda che l'atto medico è «illecito» a meno che non abbia il consenso del paziente, «al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge obbligatorio o in cui ricorra uno stato di necessità». Cosa ne pensa?

Nessun paziente in SV può dare il consenso e le varie proposte sul testamento biologico divergevano proprio sulla possibilità o meno di includere l'alimentazione e l'idratazione fra i trattamenti che si possono rifiutare. Ma va ricordato proprio lo stato di necessità: nelle condizioni in cui ci sia un immediato pericolo di vita, il medico ha il dovere di intervenire indipendentemente dal consenso. Del resto l'emergenza è qualcosa di imprevisto e in questo caso il medico ha il dovere di intervenire. Ma nel caso di Eluana già sappiamo che è la decisione di non alimentarla a causare la morte: nutrire è assistenza di base, non finalizzata alla cura di una malattia, ma necessaria per la sopravvivenza, e dovuta a tutti. Pensiamo per esempio a un pa-



Il professor Proietti

CHI È

Docente di Anestesia e rianimazione in Cattolica

Nato nel 1946, Rodolfo Proietti è professore ordinario di Anestesia e rianimazione all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento di Emergenza e accettazione al Policlinico Gemelli. Fu lui a coordinare l'équipe specialistica in occasione degli ultimi due ricoveri di Giovanni Paolo II al «Gemelli» nel febbraio-marzo 2005. È anche consigliere dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Roma.

ziente che può mangiare ma che non può muovere le braccia: nutrirlo diventa forse un atto terapeutico? O non è piuttosto assistenza, dovuta, a una persona? Il paziente in SV in genere non è in grado di alimentarsi per una grave disabilità e quindi viene nutrito per altre vie.

Eppure si è sentito dire che la sospensione di queste cure non rappresenta altro che il far riprende-

re alla natura il suo corso verso la morte, che è stato interrotto dall'intervento dei medici della rianimazione. Non è così?

Certamente no. La sospensione di alimentazione e idratazione non determina la ripresa di una «evoluzione» dello SV, non c'è una malattia che progredisce e che può causare la morte. Lo SV è una situazione cronica di grave disabilità, ma non incompatibile con la

vita: non è una causa di morte, basta nutrire queste persone.

Nel caso di Eluana si è accennato alla necessità di trasferirla in hospice, perché quando si troverà senza sondino sarà una malattia terminale. È un procedimento corretto dal punto di vista medico?

No, perché non è corretta la definizione di malato terminale. Un paziente è in fase terminale quando, indipendentemente da ogni nostro sforzo e cura, la malattia è giunta a un punto tale per cui la progressione verso la morte è ormai irreversibile, e giungerà nell'arco di pochi giorni o settimane. Il decreto della Corte d'Appello – una volta tolto il sondino a Eluana – suggerisce, tra l'altro, di umidificare le mucose ed evitare il disagio della carenza di liquidi, per garantire un accompagnamento dignitoso. È un comportamento adeguato?

Questa è una contraddizione con il comportamento del medico. Se io verifico una sofferenza o in conseguenza di un atto terapeutico o per la condizione patologica, cerco di eliminare la causa. Se c'è denutrizione e disidratazione, il trattamento è reidratare e nutrire, cioè rimuovere la causa della sofferenza. Se si impedisce l'atto terapeutico, ci si limita a trattare i sintomi: credo che si tratti di un modo per

dare un senso di cura medica a una morte dove non può esservi una corretta assistenza medica.

Da un certo punto di vista, sembrano finire «sotto accusa» gli interventi di rianimazione, quando non riescano a far recuperare la piena salute. Si può stabilire quando dovrebbero essere interrotti?

Di fronte a una persona che ha subito un arresto cardiaco o un trauma cranico grave, le tecniche di rianimazione cardiorespiratoria vengono attuate in modo massimale per cercare di recuperare il paziente. Ma nessuno di noi medici è in grado di prevedere se questo intervento condurrà a uno SV. La maggior parte dei pazienti dopo il coma e lo SV entro un anno recupera la vigilanza. In caso diverso lo SV diventa cronico.

E si può ritenere permanente, cioè irreversibile?

Nessuno può dare certezza di irreversibilità di uno SV cronico. Sempre più spesso assistiamo a recuperi anche a distanza di anni dall'evento. Quindi scientificamente si parla di SV persistente, un termine che fotografa la condizione dell'oggi, e non permanente, che sembra una prognosi di irreversibilità, definizione che attualmente anche i neurologi rifiutano. Solo della condizione di morte cerebrale c'è una certezza di irreversibilità.

L'eutanasia non è consentita

La notizia relativa all'autorizzazione da parte della Corte di Appello di Milano di sospendere l'alimentazione e l'idratazione per Eluana Englaro lascia sgomenti, getta una luce sinistra sulle prospettive future e offende la dignità della stragrande maggioranza di coloro che credono nel valore della vita e nella sua sacralità». Questa la posizione del Sindacato delle famiglie, secondo cui la sospensione dell'alimentazione in una persona in stato di coma permanente da anni, ma in cui non si sono verificati peggioramenti tali da presupporre l'avvicinarsi della morte, è eutanasia cioè atto dal quale deriverà sicuramente la morte della donna. «Occorre ricordare che ad oggi non esiste in Italia una legge che abbia approvato l'eutanasia – sottolinea – quindi la decisione dei giudici della Corte di Appello di Milano dimostra il modo scorretto di operare di parte della magistratura italiana, che, invece di applicare la legge vigente, si sostituisce arbitrariamente all'opera e alla responsabilità del legislatore». Per l'associazione, «il dramma è il dolore di una malattia prolungata, che comunque con più essere intesa come una fase terminale della vita, certo interroga le coscienze ma non può che portare ad affermare con maggiore consapevolezza che la vita umana, la vita di Eluana, va salvaguardata, difesa e custodita, come il bene più prezioso e sacro e nessuno può arrogarsi il diritto di spegnerla».

SINDACATO DELLE FAMIGLIE

Sanna: «Fin dove arriva il principio dell'autonomia?»

DI IGNAZIO SANNA*

Uno dei problemi sui quali fa discutere la vicenda di Eluana Englaro è il rispetto della libera scelta del paziente. In questo mio breve intervento vorrei fare qualche considerazione sul limite dell'esercizio della libertà, che ritengo molto importante per la formazione delle nostre convinzioni personali. Relativamente al valore della libertà, va ricordato che il concetto di libertà cristiana è legato all'immagine di Dio, perché, secondo il concilio, la libertà è il segno altissimo dell'uomo creato a immagine di Dio. La libertà umana è una libertà partecipata, perché l'uomo non è Dio, ma solo immagine di Dio. L'immagine, infatti, in se stessa, è un limite. Non è l'archetipo, non è l'originale. Ma essa è sempre in rapporto con l'archetipo e con l'originale. La creatura è sempre in rapporto con il Creatore. L'uomo immagine è in se stesso un limite. Un limite verso l'alto, perché non è Dio, è un essere che sfida gli dei, secondo Eschilo, un essere che parla degli dei, secondo Platone, un essere che parla a Dio, secondo sant'Agostino. È dalla parte di Dio. È vicino a Dio, parla con Lui, sfida il suo divieto, ma non è Dio. Però è immagine di Dio, cioè deriva da Dio, dipende da Dio. Per capire l'uomo bisogna partire da



l'arcivescovo Sanna

Dio. L'immagine ha in se stessa qualcosa di fragile, di debole, di corruttibile, ma allo stesso tempo ha una valenza di eternità. Essa respinge sia il dualismo ontologico, che divide l'uomo in due sostanze, che il monismo materialistico, che lo riduce alla sola materia, al cosiddetto uomo neuronale. L'uomo è immagine di Dio in tutta la sua realtà fisica e spirituale, ed è, a priori, un essere responsabile verso Dio e creato per Lui. Proprio in base a questa sua somiglianza divina, che costituisce la sua vera dignità, egli è fondamentalmente diverso da tutto il mondo infraumano. La libertà, dunque, è limitata, partecipata, verso l'alto, cioè Dio, ma è limitata e partecipata anche verso il basso, cioè la società. Il principio di autonomia, infatti, presuppone che la persona possa giudicare il valore della propria vita indipendentemente da ogni

la riflessione

«La realtà delle cure palliative ha mostrato che la vera richiesta della popolazione è quella di non soffrire inutilmente e di essere accompagnati in modo attento e umano alla morte, mentre non è affatto quella di anticipare la morte. In nessun modo si dovrebbe far dipendere la nozione di dignità della vita, che non si perde mai, dai parametri clinici»

altra relazione con gli altri uomini, facendo riferimento in modo esclusivo ai propri criteri e al proprio vissuto. Nella realtà ciò non si dà mai, perché gli uomini non sono atomi, come afferma una concezione individualistica estrema, ma dipendono in modo reale gli uni dagli altri. L'immagine che un uomo ha di sé dipende non da ultimo da chi egli è agli occhi degli altri; la valutazione del valore della propria vita rappresenta nell'uomo o nell'altra direzione sempre anche una reazione alla valutazione ch'egli riceve nel giudizio degli altri. È semplicemente irrealistico pensare che una persona possa prendere una decisione definitiva, libera e razionale, sulla propria esistenza e sul suo valore complessivo, senza essere influenzata dalle persone con cui vive e dall'ambiente sociale che lo

circonda. Inoltre, la libertà è limitata anche dal fattore tempo. In un avanzato stadio della malattia, il desiderio di morire spesso intende dire qualcosa di diverso dal significato diretto delle parole adoperate. Non solo. Nelle singole fasi che precedono la morte, l'umore del malato cambia spesso; il desiderio di morire presto, espresso in una fase di depressione, può cedere successivamente il posto a un nuovo desiderio di vivere, che permette al moribondo di accettare consapevolmente la propria morte. In un secondo momento simili desideri di morire sembrano un appello disperato a non essere lasciati soli nel difficile momento della morte. Dietro di essi si cela il desiderio di essere in quel frangente efficacemente aiutati, desiderio che un'interpretazione letterale della richiesta di eutanasia o

addirittura il suo immediato appagamento potrebbero solo deludere. In secondo luogo la realtà delle cure palliative ha mostrato che la vera richiesta della popolazione è quella di non soffrire inutilmente e di essere accompagnati in modo attento e umano alla morte, mentre non è affatto quella di anticipare la morte. Riguardo, poi, alla richiesta di porre fine alla vita, si può tener presente che in Olanda i medici rifiutano richieste di eutanasie e praticano eutanasie non richieste dai pazienti, proprio sulla base della nozione di qualità della vita. Quando, a loro parere, il paziente non ha più la qualità in quantità sufficiente, si sentono autorizzati a praticarla senza richiesta, mentre rifiutano se pensano che non si sia giunti a quel livello. La nozione di qualità della vita, quindi, può diventare una ragione di esproprio dell'autonomia del paziente da parte dei medici, a tal punto che sia giustificato chiedersi dove vada a finire il principio di autonomia. Non si dovrebbe far dipendere la nozione di dignità dell'uomo dai parametri clinici. Al contrario bisognerebbe mantenerla come è stata accolta nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo: dignità intrinseca che non si perde mai. Questa nozione oggettiva di dignità è una garanzia contro l'arbitrio e l'abuso.

*arcivescovo di Oristano