

Sono medico da 25 anni e anestesista da 18.

Lavoro all'ospedale universitario di Losanna (CHUV) e sono il responsabile di una sottospecialità dell'anestesia che è il trattamento « invasivo » del dolore.

L'ospedale in cui lavoro è il primo ospedale in Svizzera che ammette, all'interno della sua struttura, la possibilità di portare a termine un « suicidio assistito ».

Prima di dirvi la mia esperienza, penso sia necessario darvi un quadro generale di quello che succede in Svizzera rispetto alla problematica dell'eutanasia e del suicidio assistito.

DEFINIZIONI

Eutanasia attiva diretta: omicidio intenzionale allo scopo di interrompere le sofferenze di una persona. Il medico o una terza persona fa una iniezione che porta alla morte del paziente.

Questa forma di eutanasia è oggi punibile come omicidio (CP art 111), omicidio su domanda della vittima (CP art 114) o omicidio passionale (CP art 113) del codice penale.

Questa eventualità è stata rifiutata chiaramente dal Governo federale.

Eutanasia attiva indiretta: per portare sollievo alle sofferenze è ammesso l'uso di sostanze i cui effetti secondari possono diminuire la durata della vita. Il fatto che il decesso avvenga quindi prematuramente è ammesso. Questa forma di eutanasia non è menzionata espressamente dal codice penale, ma è considerata come ammessa.

Eutanasia passiva: rinuncia all'applicazione di misure di supporto della vita o interruzione di queste misure (esempio: interruzione dell'apporto di ossigeno) Misura che non è regolata espressamente dalla legge, ma è considerata come accettabile.

Esiste una pressione perché queste due ultime definizioni siano oggetto di una legislazione specifica.

L'omicidio su domanda della vittima è punibile secondo l'articolo 114 del codice penale.

Ai termini dell'articolo 115 del codice penale, l'assistenza al suicidio non è punibile se interviene senza un motivo egoista. Questo principio si applica ad ogni persona. In ogni caso l'ultimo gesto del processo che porta alla morte deve essere portato a termine dal paziente stesso. Ogni paziente ha il diritto di disporre liberamente della propria persona.

La capacità di discernimento è fondamentale. Un trattamento medico contro la volontà espressa dal paziente non è ammissibile.

Il medico ha sempre il diritto di rifiutare di cooperare ad un aiuto al suicidio (Linee guida Accademia Svizzera delle Scienze mediche 2004).

Nell'ambito delle discussioni che concernono questo problema, è stata messa in risalto tutta la potenzialità delle cure palliative.

La medicina e i trattamenti palliativi, che comprendono i trattamenti medici e le cure fisiche, come pure il sostegno psicologico, sociale e spirituale al paziente e ai suoi prossimi, sono **identificati come una possibilità reale di migliorare sensibilmente la qualità di vita delle persone gravemente ammalate e diminuire di conseguenza il desiderio di morte.**

Il suicidio in Svizzera (1300 a 1400 casi per anno) è superiore alla media internazionale, e questa cifra equivale al doppio dei decessi dovuti a incidenti della circolazione (Ufficio federale della salute pubblica).

Rappresentano tra il 3 e 4 % di tutti i decessi maschili e sono la prima causa di mortalità per gli uomini tra 15 e 44 anni.

Il 10% della popolazione svizzera commette uno o più tentativi di suicidio nel corso dell'esistenza (Ufficio Federale di statistica).

Si pensa che i casi di suicidio « assistito » siano il 10% di tutti i suicidi e lo 0,2% di tutti i decessi.

Nel 1995 l'Accademia Svizzera delle Scienze mediche stabiliva chiaramente che l'aiuto al suicidio non è un atto medico (ASSM 1995); nelle direttive attualmente in consultazione la stessa origine precisa che la decisione di un medico di contribuire ad un aiuto al suicidio deve essere rispettata (ASSM 2004).

Pochi gli studi sull'argomento, che tra l'altro mostrerebbero un tasso di successo dell'ordine del 100%.

Uno studio del 1997 potrebbe dare qualche indicazione.

Assisted suicide as conducted by a "Right-to-die" society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases (Swiss med wkly 2001;131:375-380)

Si tratta di uno studio retrospettivo che si propone di investigare i dati socio-demografici e medici su 43 casi di persone assistite da una associazione di aiuto al suicidio.

Le patologie rappresentate: 47% neoplasie, 11% malattie neurologiche, 9% malattie polmonari, 9% AIDS, 26% altro.

Il quadro clinico: 26% deterioramento dello stato generale (es difficoltà respiratoria), 33% dolore intollerabile, 12% "social loss" o timore di questo.

Nel 23% (10 pazienti) il tempo decorso tra il primo contatto personale con l'associazione ed il suicidio era di una settimana, in 4 pazienti meno di un giorno.

"Hence we feel the danger can not be ruled out that assisted suicide carried out by this lay -organisation, **which clearly disregard the psychological implication of suffering, still offers a radical, over simplified solution, not only for people suffering from serious medical but from difficult social conditions, as well.**

Per quanto concerne l'ospedale in cui lavoro, un'organizzazione estremamente rigorosa garantisce che tutte le libertà siano rispettate, sia da parte del « richiedente » del gesto che da quella del personale che non é implicato in questo gesto.

Algoritmi molto seri e precisi indicano cosa fare, chi lo fa e con che sorveglianza.

E' da precisare che il personale che fornisce il "trattamento" non appartiene al personale dell'ospedale, bensì a persone esterne allo stesso.

Faccio notare che il problema del suicidio assistito si é presentato 3 volte negli ultimi 3 anni, in un ospedale di riferimento con circa 1000 posti letto.

L'annuncio di questa posizione é stata salutata dagli organi di stampa in maniera molto positiva.

Da notare che qualche settimana prima della dichiarazione dell'Ospedale, un documentario di circa 2 ore era stato mandato in onda dalla televisione pubblica. Si seguiva l'attività dell'associazione, con filmati per esempio dell'assunzione da parte di un richiedente della bevanda definitiva. Non é stato filmato il momento dell'asistolia.

Il film é stato esaltato per la sua dignità, finezza, coraggio e progresso.

Poche le critiche o le reazioni contrarie. Personalmente ho visto un assassinio.

La posizione dell'ospedale é stata dichiarata un cambiamento di cultura, una rivoluzione culturale, una scelta realista che tiene conto dell'evoluzione dei costumi della società, e le cui condizioni restrittive escludono un rischio di abuso. Queste restrizioni sono anche considerate rassicuranti per il personale, cui é garantita la libertà di non partecipare a questo gesto, portato a compimento da persone esterne all'istituzione.

C'è da notare che quando in un servizio dovesse accadere un suicidio assistito tra le sue mura, una équipe di sostegno psicologico é prevista per aiutare il personale a vivere l'evento !!

La mia prima esperienza diretta con una associazione che si occupa di "facilitare" il suicidio risale all'anno scorso.

Dopo le feste di fine anno, mi é stato chiesto di trattare una paziente di 80 anni, che era stata ricoverata dopo una frattura ad un braccio. Soffriva anche di sclerosi multipla e di altre patologie.

La frattura necessitava una osteosintesi, ma prima di entrare in sala operatoria la signora aveva affermato di essere membro di Exit, che é appunto l'associazione che, nel cantone in cui lavoro, aiuta la gente a suicidarsi.

La data per il "suicidio" era stata già fissata qualche settimana più tardi. Alla signora era stato proposto un trattamento conservativo con un gesso (una restitutio ad integrum non era più necessaria, visto l'uso limitato che la paziente avrebbe avuto di un braccio guarito). Visto che non poteva accudire se stessa, vivendo da sola, era stata ricoverata aspettando il momento di tornare per un' ultima volta al proprio domicilio.

Rapidamente comparve un dolore importante di tutto il braccio. I trattamenti normali erano inefficaci, cure più sofisticate pure, presentava effetti collaterali con gli oppiacei, le cure palliative erano impotenti e così sono stato interpellato dai colleghi.

Un blocco sul plesso brachiale ha risolto il problema algico, la persona stava sviluppando un algoneurodistrofia che é stata ben controllata dal blocco.

Il problema del suicidio e della libertà di coscienza del medico é stata poi discussa in maniera a volte vivace con i medici che trattavano la paziente, lo specialista di etica, il servizio giuridico dell'ospedale.

Per dare un esempio, io avevo affermato di considerare una mia responsabilità curare la paziente in ospedale, ma una volta che dovesse partire, volerla aiutare dipendeva più da una mia scelta libera, che da un dovere professionale. Questo argomento mi ha fatto toccare quanto sarebbe difficile in certe situazioni, difendere una libertà di scelta.

Il giorno fissato la paziente ha lasciato l'ospedale per rientrare al proprio domicilio dove è deceduta 3 ore più tardi.

In seguito ho avuto a che fare con altri pazienti membri della stessa associazione. Con uno in particolare ho avuto una relazione terapeutica, e in seguito l'ho accompagnato come amico.

Quest'uomo è morto per le conseguenze del suo tumore cerebrale mantenendo una posizione dignitosa di fronte alla sua sofferenza. La settimana prima di morire, impressionando molto il personale che é pur abituato a situazioni drammatiche in pazienti terminali, aveva potuto fare la pace e chiedere la pace con molte persone intorno a lui. Non ha usato della data prevista per fare ricorso ad Exit.

Le stesse organizzazioni che aiutano il suicidio fanno risaltare che molte persone sono iscritte nelle loro liste di attesa, ma che poi non fanno uso della possibilità di mettere in atto il gesto.

Questo argomento é uno dei cavalli di battaglia per esaltare il progresso importante ed il diritto della persona di accedere ad un servizio del genere.

E' chiaro che la compagnia di Exit però ti aiuta a morire, e non propone che quello per cui si sentono chiamati quasi come una missione.

DOMANDE E GIUDIZI

L'esperienza che ho vissuto e che vivo mi ha fatto sorgere domande e giudizi :

1. Quanto sta capitando é inaccettabile, non lo voglio. La mia società ideale ed il mio ospedale ideale sono più grandi di questa società e ospedale in cui tutto sembra così chiaro e semplice, e dove sembra non esserci posto per il mistero della vita dell'uomo.

Numericamente, il ricorso al suicidio assistito é poco significativo, eppure se ne fa un gran parlare sui mezzi di comunicazione (radio,TV,giornali) perché questi fatti marginali diventino « normalità » accettata, lecita e possibile senza gravi difficoltà

2. Le persone « umili » che vedo spesso durante il mio lavoro, quasi con vergogna disapprovano ciò che sembra così normale e moderno e inevitabile.

Come se si vergognassero di avere una coscienza che condanna la deviazione dall'umano che si sviluppa sotto i nostri occhi.

3. Esiste un disagio tra la classe medica e tra i lavoratori del campo della salute, che però é come silenzioso davanti ad una evoluzione inevitabile e forse anche " logica".

4. Non esiste una « presenza fisica » , come può essere quella delle associazioni per la morte degna che hanno un sito internet, un telefono, una carta di membro, delle persone che ti vengono a trovare, che invece ti aiuti a vivere facendoti compagnia, e nel vivere c'è anche la morte « naturale ».

5. La posizione della Chiesa cattolica é chiara, ma insignificante come impatto culturale e non incidente nell'ambito sociale.

Le chiese protestanti sono meno nette nel giudizio su questo argomento. Faccio notare che siamo in una regione a maggioranza protestante.

6. La solitudine di chi disapprova questa evoluzione dei costumi sembra destinata a cambiarsi in fatalismo e in seguito a consenso in un dato di fatto (la posizione riguardo all'aborto é esemplare).

UN MIO DESIDERIO

Bisogno di compagnia fisica : ho potuto aiutare qualcuno a non uccidersi, ma a vivere, perché ho chiesto aiuto a degli amici.

Sento il bisogno di trovare una struttura sociale fisicamente evidente, in cui invitare chi non desidera l'evoluzione che viviamo, che siano pazienti o persone sane.

Le strutture dello stato non sembrano essere interessate a contrastare questa logica di morte, si direbbe quasi che ne trovino un interesse (non è difficile pensare dove).

Le cure palliative, che sembrano la posizione alternativa giusta per rispondere al bisogno di compagnia, sono un concetto teorico, non una compagnia.

La chiesa cattolica é la sola che propone una posizione chiara nei confronti dell'umano, che sempre avrà problemi, ma che sarà aiutato dignitosamente.