

Solo 5 pazienti su 40mila chiedono l'eutanasia

All'Istituto dei Tumori di Milano i malati terminali vogliono aiuti contro il dolore, non la "dolce morte"

di **ALESSANDRA STOPPA**

MILANO L'ultima volta che un paziente le ha chiesto la dolce morte risale a una settimana fa. Ed è stato il quinto caso in 25 anni, su 40mila pazienti. Ci sono troppi zeri in una percentuale così bassa, ma lei se li ricorda uno a uno, quei cinque. Quattro hanno cambiato idea, una ha tentato il suicidio «perché era molto depressa, ed è stata salvata». Carla Ripamonti è responsabile dell'Unità operativa Terapia del dolore e Cure palliative all'Istituto Nazionale Tumori di Milano. Chiama l'eutanasia «la tentazione dei sani». E non le servono i dibattiti alla "Matrix" per dirlo, nemmeno il *batage* mediatico dopo l'appello di Welby. Lei la gente che soffre ce l'ha davanti agli occhi tutti i giorni. E la sua esperienza dice che «chi è ammalato vuole vivere, se non si sente un pe-

so ed è accompagnato».

Mentre è al lavoro nella nuova divisione di Hospice (per la degenza dei malati terminali) si chiede cosa mai «sappiano i politici quando accennano a una legge». E vorrebbe tanto sapere se credono sia più semplice fare del potassio in vena o accompagnare un malato e condividerne la sofferenza. In attesa di una risposta, lei sta ai fatti. «In 25 anni, 5 casi», ripete di continuo mentre parliamo, come se ne fosse sorpresa. «Si che mi sorprende», sbotta, «a sentir parlare la tv sembra che tutti vogliono morire. Chi ci crede venga qui».

Nel suo ambulatorio passano 5mila e 200 pazienti l'anno, oltre ai 2500 mandati da altri reparti. Sarà che «qui da noi», racconta, «il dolore è affrontato in tutta la sua dimensione», che l'accudimento è totale, che oltre alla morfina ci sono i laboratori di musicologia e

quant'altro, fatto sta che chi ha chiesto di morire (e s'intende una richiesta reiterata nel tempo) ha cambiato idea anche solo dopo un assestamento della terapia. «Questo vuol dire che i pazienti hanno bisogno di sapere», precisa l'oncologa milanese, «che ci sono luoghi dove ci si prende cura di loro, totalmente». Perché il dolore «non è solo quello fisico», continua, «né il farmaco è il fattore determinante». C'è poi, a monte, un problema di educazione culturale, «perché il senso del vivere non deve essere per forza scoperto quando si è terminali, ma quando si è sani, se non si arriva immobili a letto pensando che l'utilità della vita si misuri in quello che si può fare».

Ed è in questa direzione, secondo lei, che la nostra Sanità deve essere riformata, a partire dalla formazione dei medici: «Che in 6 an-

ni di percorso universitario non ci sia un insegnamento dedicato alla Terapia del dolore è scandaloso». Così come è scandaloso un altro dato, esito di uno studio che a novembre verrà pubblicato da Il Sole 24 Ore: su 160mila italiani che, ogni anno, muoiono per cancro, l'82% ha il dolore non controllato, cioè non riceve cure palliative. «Ci credo che la gente vorrebbe morire», commenta la Ripamonti. Per cui se si vuole fare una legge sull'eutanasia, «si faccia: avremo un'incredibile riduzione della spesa sanitaria, ma non parliamo più di Paese civile». Perché prima di affrontare il problema dell'eutanasia la Sanità dovrebbe «innanzitutto riconoscere la Terapia del dolore». Lei è stata allieva di Vittorio Ventafridda (pioniere in Europa delle cure palliative) e non può sentir parlare della «morfina acceleratrice di morte».

Testamento biologico legale L'anticamera dell'eutanasia

di **CLEMENTINA ISIMBALDI***

Con l'appello di Welby al presidente della Repubblica, si è fatto riferimento più volte al termine eutanasia; in seguito i politici hanno espresso quasi unanimemente parere negativo circa l'ipotesi dell'introduzione della "dolce morte" in Italia; in contemporanea hanno dichiarato che il momento è maturo per la discussione in Parlamento dei disegni di legge riguardanti il testamento biologico. La cosa non ci lascia tranquilli. Viene fatta (in via teorica) chiara distinzione tra eutanasia e testamento biologico. Ma non viene tenuta presente l'esperienza di altri Paesi europei, in cui l'introduzione del testamento ha costante-

mente preceduto la successiva introduzione dell'eutanasia stessa.

Al nostro Parlamento sono stati presentati da tempo 8 disegni di legge, alcuni dei quali, mentre trattano di testamento biologico, introducono anche la depenalizzazione della "dolce morte", che altro non è se non la legalizzazione dell'eutanasia; altri introducono l'obbligatorietà del testamento. Questa deriva etica è già evidente, senza remore, su certa stampa. Un altro aspetto preoccupante del dibattito sul testamento biologico è il ruolo decisionale che potrebbe assumere la volontà del paziente in fase critica, pericolosissimo se dovesse divenire vincolante per l'operatore sanitario che lo assiste, per la confu-

sione di ruoli che esso genera e per la spinta verso la legalizzazione dell'abbandono terapeutico. Il malato in genere teme molto più l'abbandono terapeutico che l'accanimento.

A questo punto una domanda sorge legittima. Ci sono già disposizioni, non vincolanti, sul testamento biologico e ci sono già definizioni chiare su ciò che è cura proporzionata e ciò che è accanimento: dunque perché una legge?

Questo è il punto che vogliamo discutere, non la necessità di evitare l'accanimento; anche noi siamo per la somministrazione di cure proporzionate al paziente, per evitare sofferenze inutili. Ma perché una legge? I rischi di una legalizzazione del testamento biologico sono im-

prevedibili: infatti la garanzia che non si faccia accanimento non la dà una legge, ma l'esistenza di un soggetto (il medico e l'infermiere) che rispetti il malato, che gli sappia dare cure adeguate. Se si introduce una legge perché si ritiene che questo soggetto sia inesistente o confuso, non in grado di fermarsi di fronte alla possibilità dell'accanimento, va costruito nel tempo il soggetto, non creata una legge che diviene tanto più pericolosa in quanto arma la mano dell'operatore (il "non" soggetto) verso l'abbandono terapeutico ora, e poi, forse, verso l'eutanasia. Questo è il lavoro da fare, che può richiedere anni: ricostruire il soggetto. Si deve lavorare per questo.

***medico di Medicina e Persona**