



490

Giovedì,
18 febbraio
2016

vita@avvenire.it

Eutanasia per i depressi, Olanda sotto esame

L'analisi

Una revisione dei casi di morte procurata per problemi psichiatrici svela che più della metà dei malati era vittima di solitudine e isolamento sociale. Le «unità mobili» si stanno rivelando strumento letale, che non valuta le possibili cure per il paziente

di **Gian Luigi Gigli**

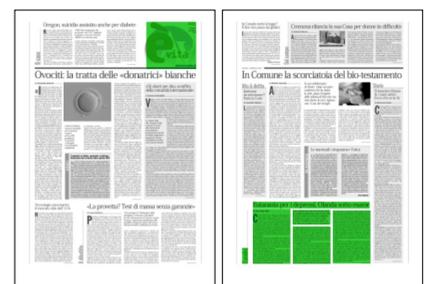
Che in Olanda fosse legale porre fine alla vita di un paziente anche se sofferente di malattie curabili come la depressione è noto. In soli 4 anni, dal 2011 al 2014, in Olanda è stata posta fine alla vita di 110 pazienti psichiatrici e il trend è in aumento. Dell'innovativo progetto di unità mobili avevamo già dato conto su *Avvenire*. Si tratta di équipe composte da un medico e un'infermiera che si spostano per portare il «servizio» eutanasi a km zero a quei pazienti il cui medico personale ha rifiutato la richiesta di eutanasia. Ma il Paese dei tulipani non finisce di stupirci in quella che ormai è da ritenersi una insana e lugubre passione.

Riesaminando i report resi disponibili dai Comitati regionali olandesi di revisione e relativi a 66 casi di eutanasia e suicidio assistito per malattie psichiatriche, un articolo sull'autorevole *Jama Psychiatry*, a firma dello psichiatra dell'NIH Scott Y. H. Kim, getta nuova luce sinistra sull'approccio dei medici olandesi ai pazienti psichiatrici che chiedono di morire.

La cosa più sconvolgente tra i dati esaminati è il rilievo che il 56% dei pazienti erano stati uccisi dopo aver rifiutato almeno un trattamento, evidentemente disponibile e potenzialmente efficace. Significativamente la stessa percentuale di pazienti che indicavano la solitudine o l'isolamento sociale tra le motivazioni della propria richiesta. Quasi la metà di essi, poi, aveva rifiutato il trattamento per mancanza di motivazioni.

Per quanto riguarda lo stato sociale dei pazienti, gli autori dello studio americano non sono riusciti a trovare sufficienti informazioni nei report dei medici olandesi. Di essi si conoscono età e sesso (soprattutto donne di media età e anziane), ma nulla è detto su struttura della famiglia, stato civile, livello di scolarità, occupazione lavorativa, nazionalità. Superfluo notare come siano proprio questi fattori a condizionare la solitudine o l'isolamento sociale dei pazienti.

Ciò malgrado, solo per uno dei 110 pazienti psichiatrici, i comitati di revisione hanno lamentato che i criteri di cura previsti non erano stati soddisfatti. Si tratta di una paziente messa a morte senza che il medico fosse uno psichiatra e senza che ne avesse consultato uno. Si trattava di un medico delle unità mobili e la paziente, a detta del medico, avrebbe sofferto indubbiamente di depressione, con prognosi di cronicità al di là di ogni dubbio. Lo stesso medico, tuttavia, non esitava a dichiarare di non conoscere le linee guida degli psichiatri olandesi e di aver visto la paziente solo due volte. Non è stato invece oggetto di rilievi il caso di una paziente



che, quale unica motivazione della richiesta di essere messa a morte, aveva dichiarato la solitudine successiva alla morte del marito. Del resto, i medici delle unità mobili, sono anche quelli a cui più spesso si rivolgono i pazienti che si sono visti rifiutare la richiesta di eutanasia. Anche chi non avesse riserve di ordine etico, dovrebbe tuttavia riconoscere che la possibilità di rivolgersi a medici non specialisti e che hanno fatto del dare morte la propria unica attività «clinica» getta gravi ombre sulla loro capacità di prendere decisioni valutando correttamente la malattia e i livelli di sofferenza che essa causa nel paziente. Difficile, infatti, pensare che i medici delle unità mobili siano in grado di formulare quei giudizi sull'impossibilità di risolvere o alleviare la condizione del paziente che, anche per la legge olandese, dovrebbero essere la base giustificativa per l'intervento eutanasi.

In vista dell'avvio del dibattito parlamentare su progetti di legge eutanasi in Italia, l'esperienza olandese suscita anche altre riflessioni. Anzitutto, su cosa resti della pietra angolare della medicina ippocratica, quel *primum non nocere*, sul quale è fondata la fiducia del paziente nella coscienza del suo medico. In secondo luogo, sul degrado di stato, di comunità civile e chiese, quando è affidata all'eutanasia la risposta ai problemi di solitudine e isolamento sociale. Da ultimo, sui limiti del totem dell'autodeterminazione, acriticamente esaltato dal pensiero medico, sociale e politico di società occidentali ubriache di nichilismo.