

# Il pioniere degli stati vegetativi: «Mai accorciare la vita»

**B**aronissi (Salerno). Ha occhi pacati e fermi, esattamente come la sua voce. Parliamo a lungo insieme, alle otto di ieri mattina, seduti su un divano nella hall dell'albergo, nella giornata conclusiva del congresso mondiale sugli stati vegetativi. Quasi ottant'anni e idee chiare che non s'è costruito lambendo pregiudizi, ma con esperienze e studi lunghi mezzo secolo. Leon Sazbon è israeliano e la prima parte della vita la trascorse in Uruguay, dov'era ricco. Lasciò tutto, lì, per tornare in Israele a costruire un sogno. È un neurologo. Uno di quei medici vecchio stampo, per i quali c'è l'uomo molto prima del paziente. Il suo sogno l'ha (ufficialmente) lasciato nel 2000, per raggiunti limiti di età. È a Salerno come esperto mondiale di stati vegetativi.

## Com'è andato quel suo sogno, professore?

«Nel 1971, il 6 novembre, aprimmo il primo reparto al mondo di terapia intensiva per pazienti in stato vegetativo, poco a nord di Tel Aviv. Fummo visionari. Subimmo critiche terribili. Anche perché il reparto costava tanti soldi e i risultati fino a quel momento raccontavano d'un 50% di pazienti che recuperavano spontaneamente, senza terapie. Col tempo, avendo capito molti dei problemi, come si fa la profilassi delle complicazioni e qual è la terapia appropriata, già nel 1994 arrivammo all'82% di recuperi».

## E come le venne in mente d'inventarsi un reparto del genere?

«Credo c'entri la mia vicenda personale: mio padre fu in stato vegetativo».

## Negli anni Cinquanta e Sessanta nemmeno si chiamava "stato vegetativo"...

«E aveva bruttissimi nomi: coma prolungato, stupore ipertonico post-traumatico, sindrome decorticale, o tanti altri. Una volta contai 52 definizioni... Fino al 1974, quando venne coniato "stato vegetativo"».

## Anche questo non è gran bel

## nome.

«Ha connotazione negativa, perché usando la parola "vegetativo" è facile confondersi con una pianta. E invece in campo medico la sua traduzione esatta dall'inglese è "stato autonomo": cioè un paziente che pur senza una relazione col mondo esterno può vivere e crescere autonomamente».

## Da medico che da quarant'anni le assiste e le cura, chi sono le persone in stato vegetativo?

«Dobbiamo prendere in considerazione concetti filosofici, religiosi, medici, finanche sociali: ma sono vita umana. E io l'ho sempre rispettata. Vede, sono un

medico, ho fatto il giuramento di Ippocrate: devo curare, non uccidere».

## Secondo qualcuno queste persone però sono già morte...

«Chi dice questo non gli è mai stato vicino. Chi vive con loro sa che hanno reazioni, che possono avere una vita interiore anche se disconnessa dalle relazioni. E sa anche, grazie ai progressi compiuti, che queste persone provano, seppure a un livello basso, delle emozioni che non possiamo uccidere».

## Perché ne è convinto?

«Praticamente tutti questi pazienti, in un momento della loro vita, arrivano a dare un segno seppure minimo di rapporto. E grazie alle nuove tecnologie siamo sicuri che si tratti di esseri pienamente umani».

## In Italia c'è un punto su cui si discute aspramente: la nutrizione e l'idratazione assistite sono una terapia oppure un semplice sostentamento vitale?

«Sono parte della dignità che dobbiamo

a qualunque essere umano. Tanto più che a non dare cibo e acqua a una persona la si uccide. Ho sempre pensato che se un giudice mi dicesse "questo paziente ha lasciato scritta la sua volontà di morire, dispongo che lei lo lasci morire", gli risponderai che venisse lui, il giudice, a farlo. Io no».

## Però quel giudice lo decide...

«Possono discutere di questi pazienti soltanto, soltanto, e lo ripeto una terza volta, soltanto quei medici e paramedici e quelle persone che vivono quotidianamente da tempo con questi pazienti, che sentono le loro famiglie».

## A proposito: se a domandare la morte di una persona in stato vegetativo sono i suoi familiari?

«Non mi ricordo in quarant'anni una famiglia che me l'abbia chiesto. A volte lo pensano, ma è umano, perché si può avere il desiderio d'accorciare la sofferenza: ma quella loro, non quella del paziente».

## Poniamo che lei, professor Sazbon, sia in rianimazione e arrivi una persona con un gravissimo, esteso, irreversibile danno cerebrale. Cosa farebbe?

«Noi, senza accanimento, abbiamo il dovere di un minimo di terapia, proprio per la dignità di quella persona. Dobbiamo lavarla, accudirla e darle acqua e cibo, fosse pure col sondino, anche se sappiamo che morirà. E io non farò mai un gesto attivo per accorciare il periodo della sua

vita. Morirà, sì, ma ha ogni diritto di farlo con dignità e accompagnata dall'amore di chi le sta intorno».

Pino Ciociola

*A colloquio con Leon Sazbon, il medico israeliano oggi ottantenne che nel 1971 a Tel Aviv aprì il primo reparto al mondo di terapia intensiva per pazienti vegetativi*  
«Ho fatto il giuramento di Ippocrate: devo curare, non uccidere. Se un giudice mi dicesse "c'è uno che ha lasciato scritta la sua volontà di morire, lo accenti", gli risponderai che venisse lui, il giudice, a farlo. Io non lo farò mai»

BOX

## La Conferenza su coma e coscienza punta sull'avanzata delle neuroscienze

«Abbiamo l'obbligo di essere critici con noi stessi prima di dare una diagnosi o una prognosi»: su questo poggiano le conclusioni della terza «Conferenza internazionale su coma e coscienza» (alla quale hanno partecipato, confrontandosi, i maggiori esperti mondiali di stati vegetativi e di minima coscienza), che soprattutto indicano come - anche nell'ambito delle patologie neurodegenerative - sia ormai tempo di cancellare ogni empirismo nell'approccio clinico e terapeutico. L'esperienza e il buon senso restano un tesoro che non va dissipato, ma adesso bisogna passare a un'analisi realmente scientifica, anzi di stretta «natura galileiana», come la definisce Michele Papa, organizzatore della Conferenza. Serve allora un approccio scientifico che muova proprio dalle grandi scoperte dell'ultimo decennio nelle

neuroscienze di base per arrivare fino alla chimica molecolare e alla fisica, grazie anche alle nuove tecnologie che abbiamo a disposizione.

Capendo, dunque, di più e meglio per rendere sempre più efficaci e diffuse le neuroriabilitazioni, che a loro volta diventeranno sempre più diretta conseguenza delle indagini neurofisiologiche (anche di *imaging*) e di valutazioni in tempo reale di una situazione patologica. E restando sempre più accanto al letto dei pazienti. Così da affrontare - e magari un giorno sconfiggere - lo stato vegetativo, «una condizione funzionale del cervello che insorge subito dopo l'evento acuto che l'ha determinata, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrappo-  
nendosi, lo maschera» (Dolce e Sazbon, 2002). (P.Cio.).

www.ecostampa.it

