

Se non si parla più di eutanasia

La posta in gioco

di FERDINANDO CANCELLI

Dai dibattiti sollevati anche da casi recenti in merito alla bioetica di fine vita sembrano emergere con chiarezza due dati: la grande confusione sulla definizione di malato «terminale» e la progressiva scomparsa dell'uso del termine «eutanasia». Anche quello di Erika Kuellmer — una donna tedesca entrata in stato vegetativo circa otto anni fa in seguito a un incidente vascolare cerebrale, e poi deceduta per cause naturali dopo il tentativo della figlia di interromperne la nutrizione fornita attraverso un sondino — non sembra fare eccezione.

Questa donna è stata una paziente terminale durante i suoi anni di vita nella condizione di stato vegetativo? Ma quando si può definire «terminale» un malato? La medicina palliativa definisce un paziente in fase di fine vita quando la sua sopravvivenza presunta si può considerare uguale o inferiore a quattro mesi, e ciò anche quando siano in atto mezzi di sostegno vitale come idratazione, nutrizione o ventilazione.

Va da sé che casi come quello sopra ricordato — e in generale pressoché tutti i casi di pazienti in stato vegetativo — non sono da inquadrare in una fase di fine vita sino al momento in cui non intervengano complicazioni, ad esempio infettive, che ne mutino le condizioni, o fino a quando qualcuno non smetta di fornire ai malati acqua ed elementi nutrienti.

Una situazione completamente diversa si ha quindi con i malati cronici, come quelli oncologici, giunti in fase finale di malattia: in tali casi il sostegno di nutrizione e idratazione andrà mantenuto fino al momento in cui la valutazione medica non ne riconosca l' inutilità o la nocività per l'incapacità dell'organismo di sfruttare l'acqua e gli elementi nutrienti. Ciò in generale si verifica solamente negli ultimi giorni di vita, quando la sospen-

sione di idratazione e nutrizione non abbreviano più il decorso della malattia, ormai comunque in fase finale.

Tali rilievi sono strettamente legati alla seconda considerazione: i sostenitori della possibilità di accelerare la morte di pazienti dipendenti da mezzi di sostegno vitale — come la ventilazione meccanica mediante tracheostomia, o la nutrizione e l'idratazione in via enterale (tramite ad esempio gastrostomia) o parenterale (endovenosa) — tendono a non parlare più di eutanasia: anche nella campagna a favore del cosiddetto testamento biologico, il termine viene accuratamente evitato a favore di un molto più accettabile «evitamento dell'accanimento terapeutico».

In altre parole, smettere di idratare o nutrire un paziente in stato vegetativo — che anche il recente libro bianco del ministero della Salute italiano, redatto con la consulenza delle associazioni che rappresentano i familiari dei malati, ha definito un «disabile grave» — sarebbe, secondo costoro, evitare un accanimento terapeutico, e non praticare una forma di eutanasia mediante l'omissione di ciò che andrebbe fatto per mantenere il paziente in vita. Su questo punto sono stati molto chiari anche i vescovi tedeschi che, in una dichiarazione del marzo 2007, hanno nettamente rifiutato la possibilità di sospendere il sostegno vitale a pazienti in stato vegetativo, coma vigile o demenza grave.

Il fatto che a scegliere tale opzione sia il paziente stesso non cambia la sostanza; se infatti la sospensione di un mezzo di sostegno vitale porta come conseguenza l'abbreviare la vita di un malato, il termine da utilizzare, più coerentemente, sarebbe quello di eutanasia. Anche se tale parola dovesse incutere maggior timore in chi la ascolta, forse il suo uso, definendo più onestamente la questione, indurrebbe a una riflessione più profonda sulla posta in gioco.