

**cMc**  
**CENTRO CULTURALE DI MILANO**

In collaborazione con

**MEDICINA E PERSONA**

presentano

**Il malato "critico":  
accanimento terapeutico o abbandono ?**

**Intervengono**

**prof. Roberto Colombo**, Pontificia Accademia per la Vita, Città del Vaticano

**prof. Luciano Gattinoni**, Presidente del Collegio Primari Anestesisti e Rianimatori della Lombardia

**prof. Adriano Pessina**, docente di Bioetica nell'università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

**coordina**

**Sergio Barbieri**, Responsabile Servizio di Neurofisiologia IRCCS dell'Ospedale Maggiore di Milano

Milano

**6 febbraio 2003**

© **CMC**

***CENTRO CULTURALE DI MILANO***

Via Zebedia, 2 20123 Milano  
tel. 0286455162-68 fax 0286455169

[www.cmc.milano.it](http://www.cmc.milano.it)

**SERGIO BARBIERI:**

Ringraziamo per questa serata il Centro Culturale di Milano e l'associazione Medicina e Persona. Al centro della discussione c'è un argomento sicuramente importante, di attualità, che ha ricevuto anche molta attenzione dai media recentemente. Stasera a discuterne saranno: il professore Adriano Pessina, docente di filosofia morale e bioetica all'Università Cattolica; il professor Luciano Gattinoni, ordinario di anestesia e rianimazione all'Università Statale di Milano e il professore Roberto Colombo, docente di neurobiologia e genetica all'Università Cattolica. Mi presento, sono Sergio Barbieri, neurologo dell'Ospedale Maggiore e da tredici anni consulente della rianimazione diretta dal professor Gattinoni. L'occasione di questa serata è stata la discussione che si è scatenata intorno all'attività nelle rianimazioni milanesi recentemente, a seguito di una ricerca svolta dall'Università Cattolica e condotta dal professor Pessina. Questo tema nasconde al suo interno numerosissimi altri temi, non ultimo dei quali la modalità con cui la stampa può comunicare determinate notizie di tipo medico che possono creare delle false aspettative nei pazienti. In conseguenza ci si trova in una situazione in cui si nota un atteggiamento abbastanza fideistico nelle possibilità della medicina e, d'altra parte, una certa riduzione della fiducia nel singolo operatore e nel singolo medico. Questo, associato ad altre condizioni - come per esempio i drammatici mutamenti che i concetti di morte, malattia e cura hanno subito negli ultimi anni nelle società occidentali - può creare situazioni esplosive; si può addirittura pensare al concetto di salute dell'OMS che stabilisce come criterio per giudicare se una persona è in stato di salute o meno il benessere fisico, psichico e anche economico. Quindi con questo si suscitano grandi aspettative che, se deluse, possono provocare chiaramente dei contraccolpi. Vedete alle spalle alcuni dei titoli dei giornali che hanno riportato i risultati. Stasera cercheremo di fare chiarezza su questo argomento e probabilmente si arriverà anche a conclusioni unitarie, che spero si possano seguire come guida in futuro. Certamente, in rianimazione il confine tra ciò che è obbligatorio e ciò che è proibito tende a restringersi nel senso che, nelle situazioni di emergenza, più facilmente si può arrivare a questo confine, soprattutto se l'idea di ciò che è permesso, di ciò che è obbligatorio e di ciò che è proibito varia da operatore individuale a operatore. Un altro problema è che il progresso tecnologico e lo sviluppo dell'uomo stanno andando su linee diverse: ora l'uomo può fare moltissime cose che prima non poteva fare, però non corrisponde più alla conoscenza di ciò che l'uomo è, e questo chiaramente è un problema di tipo generale. Naturalmente, penso che nella pratica medica ci si attenga sempre a principi etici che mirano al rispetto della volontà del paziente, a non procurare danni al paziente, a poter somministrare cure che lo possano far migliorare nella sua patologia; ma c'è anche il grande problema della giustizia distributiva di risorse limitate la cui allocazione non è sempre facile. Poi ci sono problemi semantici importantissimi: se si confonde il significato di determinate frasi o parole, possono ingenerarsi chiaramente nel pubblico delle convinzioni sbagliate; e qui vedete due definizioni di *accanimento terapeutico*, una del Codice Deontologico del '98 e una dell'*Evangelium Vitae*, che sono piuttosto simili una all'altra e parlano soprattutto di proporzionalità tra le cure che uno deve impiegare e i risultati che si aspetta di ottenere. Certo, l'accanimento terapeutico è una contraddizione in termini, nel senso che qualsiasi trattamento non sia utile al paziente non può essere

considerato una terapia, e quindi l'inutilità è una delle caratteristiche dell'accanimento terapeutico. La penosità potrebbe essere definita l'accanirsi sul malato più che sulla malattia; l'eccezionalità invece è un altro concetto che, associato a quello di inutilità, fa capire che spesso la sospensione delle cure non è un equivalente dell'eutanasia, ma è un concetto completamente diverso (che i nostri relatori affronteranno). Poi c'è il problema dei mezzi ordinari e straordinari che si impiegano per la terapia. Esistono mezzi ordinari come l'idratazione, la nutrizione enterale o la somministrazione di ossigeno tramite maschera, e i mezzi straordinari, che sono quelli che vedete elencati. La distinzione tra mezzi ordinari e straordinari attualmente non viene più praticata e si preferisce parlare di mezzi *proporzionati* o *sproporzionati* al conseguimento del fine che si vuole perseguire. Ovviamente in molte situazioni alcuni mezzi straordinari sono proporzionati, e in altre situazioni sono sproporzionati, o viceversa. Anche questo è un argomento che mi auguro che i nostri relatori, soprattutto il professor Gattinoni, affronteranno. Sull'accanimento terapeutico si riscontrano poi delle situazioni come il *paternalismo medico*, che inevitabilmente, seppur ridotto, rimane ancora presente in molte pratiche assistenziali tuttora operate nelle nostre corsie; c'è il problema delle direttive anticipate del malato e del trattamento adeguato alla situazione contingente. Un altro tema che spero verrà affrontato è quello della sospensione di un trattamento già iniziato oppure della decisione di non iniziare alcun trattamento. Qui bisogna vedere se dal punto di vista etico la sospensione di un trattamento che viene ritenuto inutile o il non iniziare un trattamento sono equivalenti oppure no, potrebbero esservi delle divergenze. Un problema a volte drammatico è quello delle scelte, e in parte legato al concetto di allocazione delle risorse che sono limitate; può riguardare il paziente acuto da un lato, in opposizione a un paziente con una prognosi infausta già formulata: quale va rianimato, quale non va rianimato, come devono essere operate le scelte in questo ambito. Lo stesso discorso potrebbe valere per un fattore di età: paziente giovane, paziente anziano. E' giusto fare una distinzione di questo tipo? bisogna considerare l'età biologica, l'età anagrafica? Come ci si deve comportare? Altra questione centrale è la rianimazione del neonato, del prematuro: sicuramente un argomento che merita un approfondimento. Poi c'è appunto il problema della locazione delle risorse e del non praticare trattamenti futili. Ovviamente la futilità di un trattamento viene giudicata dal medico, ma non è detto che tutti abbiano lo stesso concetto di futilità, e questo può ingenerare delle situazioni di contrasto, di stress anche nei riguardi dei parenti, come vedremo poi più avanti nell'altro punto. C'è una definizione di Civetta che dice che la futilità può essere considerata come il divario tra il massimo beneficio che io posso ottenere con la terapia e la più bassa qualità di vita che il paziente è disposto ad accettare. Ad esempio dice: se 100 è la massima qualità di vita che il paziente ritiene di aver avuto, se mi pone come limite accettabile 40, e se con le terapie posso arrivare a garantirgli 30, ho un indice di futilità che in questo caso è 10, cioè la differenza tra 40 (l'accettabilità del paziente) e 30 (ciò che gli posso offrire), che mi dice se la terapia che sto facendo per quel paziente è indicata o no. Che sia vero o no, può essere anche questo un argomento di discussione stasera, ma non è detto che tutti i medici ritengano giusto questo tipo di criterio. Esistono poi problemi enormi con i falsi salvabili, quando è sottostimata la futilità di una terapia, e con i falsi insalvabili, quando invece è sovrastimata la futilità della terapia, e magari non viene iniziata o si sospende in un paziente che avrebbe potuto essere salvato con questa terapia. Come si fa a stabilire se un trattamento è futile o no? E gli elementi soggettivi del medico, del rianimatore in questo caso: la sua età, l'esperienza che ha fatto, quali convinzioni religiose ha, da dove proviene, in che ospedale lavora: sono tutte variabili che possono giocare un ruolo nelle scelte che vengono operate. Mi piacerebbe che i relatori si soffermassero su

due attori del processo decisionale: il ruolo dei parenti, cioè: è moralmente etico fare partecipare la famiglia delle scelte terapeutiche? È giusto chiedere ai parenti se bisogna proseguire o no con una determinata terapia? Molti ritengono che il ruolo dei parenti sia diverso, cioè che debba essere quello di fare conoscere la personalità premorbosa del paziente, o che il medico comunichi ai parenti le decisioni già prese, prospettando loro un iter, una evoluzione della patologia che il congiunto ha, anche perché molto spesso i parenti vivono in situazioni di stress veramente elevato, in condizioni di emergenza e urgenza come quelle intensive. Un altro concetto che mi piacerebbe affrontassero i relatori (in particolare il professor Gattinoni) è come si svolge il lavoro di équipe, il lavoro del team. Per esempio dei pazienti comuni o le loro famiglie potrebbero essere convinti che l'autonomia decisionale del medico vada oltre il consentito: magari si sentirebbero più rassicurati nel sapere che determinati tipi di decisioni in merito a terapie che possono essere o no ritenute futili o che un accanimento terapeutico non sia una decisione individuale presa notte tempo da un singolo medico, ma sia una decisione collegiale. Come si costruisce questa decisione se ci sono degli scontri? Come vengono superati? Volevo citare, da ultimo, una frase di Roberto Colombo (qui presente) che mi sembrava molto bella: "Il limite è il piedistallo su cui si costruisce la grandezza dell'uomo". Riconoscere il limite, sia nella propria professione che nella propria vita, può aiutare a superare lo stesso limite e raggiungere dei risultati che altrimenti non verrebbero raggiunti.

Dopo questa introduzione in cui ho cercato di elencare i punti controversi, su cui spero si possa far luce, cederei la parola per primo al professor Pessina, che ci racconta come si è svolta questa ricerca e che ci parlerà del concetto di sospensione delle cure, di come questo concetto possa essere applicato nella pratica clinica dei medici. Grazie.

#### **ADRIANO PESSINA:**

Grazie, sono molto lieto di poter parlare della ricerca che ha destato così grande scalpore, forse in modo sbagliato. Vi dico subito che l'unica cosa che non farò questa sera è quella di dare i numeri, perché li do già per natura mia e questa sera vorrei evitare di dare numeri, anche perché altrimenti la questione sarebbe molto complessa. Come loro hanno saputo dagli organi di stampa, in realtà la ricerca che è stata condotta a Milano è una ricerca composta da un numero molto alto di domande, sono almeno 78 quelle che riguardano l'operato dei medici, con una serie di sotto-domande e di variazioni: e l'idea che mi sono proposto accettando questo invito è un'altra, quella anzitutto di spiegare come nasce questa ricerca, come è stata condotta, quali sono gli obiettivi e quali sono i problemi che rimangono aperti. L'amico Barbieri ha messo in cantiere molte questioni che non sono facilmente risolvibili, proprio perché le questioni etiche sono sempre molto complesse e hanno a che fare con l'individualità. Vorrei entrare in merito all'origine della ricerca: secondo me questo è importante perché fa capire come l'immagine che ne è stata data, sia stata falsata. L'origine della ricerca ha la data lontana di quando io insegnavo al corso di perfezionamento di Roma: ho incontrato il signor Giannini, un rianimatore, un caro amico, che è in gran parte il padre di questa ricerca, e con lui è nata una collaborazione e una riflessione intorno a una questione molto importante: le scelte che si devono fare in fine vita. Nelle scelte in fine vita giocano due fattori: da una parte c'è il tema - già noto a tutti - del dolore fisico, che però è molto meno rilevante del tema della sofferenza. Ora la sofferenza riguarda

anche colui che si trova nelle condizioni di dover ricorrere a delle cure intensive: sicuramente riguarda i parenti e le persone che sono vicine a queste persone. Ma noi siamo partiti anche da un altro tipo di sofferenza, cioè dalla sofferenza del medico, nel senso che molte volte il medico che è un uomo come noi, che è un mortale come noi, si trova a dover decidere in situazioni che non sono facilmente risolvibili in termini di pura fedeltà alla deontologia o di pura capacità di interpretare i dati. C'è un problema molto complesso, che è quello di fare delle scelte che siano rispettose della condizione umana; questo non è facile in un contesto pervaso da due elementi, da una parte da cambiamenti culturali molto forti, che incidono sia sulla personalità del medico, sia sulla mentalità e sulla personalità dei parenti e del paziente; e dall'altra parte, come è già stato detto, dal fatto che oggi noi disponiamo di strumenti tecnologici che ci permettono di dire che il criterio che consente di fare tutto ciò che è possibile, è oggi un criterio che non corrisponde a un criterio anche morale. Oggi dobbiamo imparare a dire almeno in occidente, almeno nel nostro contesto, che è necessario fare ciò che è moralmente legittimo e non solo tecnicamente possibile, perché il tecnicamente possibile ha un'estensione maggiore rispetto al moralmente legittimo. Le questioni del "fine vita" sono molto complicate: è difficile per noi uomini riconciliarci col fatto di essere mortali e gran parte dell'immagine e della medicina e della società ci ha posto di fronte un'idea per cui, in qualche modo, sia il medico sia la medicina sono in grado di prolungare in modo indefinito la vita e di risolvere qualsiasi situazione patologica. La nostra ricerca è nata da una lunga riflessione intorno alle due facce della stessa impostazione: l'*eutanasia*, intesa come un atto volontario e preciso con cui si pone termine alla vita di un paziente, e l'*accanimento terapeutico*, che è l'incapacità di riconoscere non solo i limiti dell'uomo, ma soprattutto la sua condizione di mortale. Potremmo dire che non solo la vita è un bene indisponibile, ma anche la morte è un bene indisponibile. Dobbiamo renderci conto di una condizione umana in cui c'è una unità della personalità psicofisica, in cui il corpo, lo spirito, la mente sono amalgamati in una realtà di cui noi non abbiamo un'idea chiara, precisa, evidente. Per cui, quando ci troviamo a dover operare in condizioni difficili, quando siamo preoccupati del bene del paziente, ci troviamo di fronte a scelte non facili, specialmente in un contesto come il nostro, in cui il tema delle sospensioni delle cure è diventato tabù. Sia ben chiaro: la nostra non è mai stata una ricerca sull'eutanasia. La nostra è stata una ricerca sulla sospensione delle cure. Quando non solo è legittimo, ma doveroso che un medico decida di sospendere la sua attività, e in base a quali criteri decide di farlo? Come decide di farlo? Quali sono gli elementi che entrano in gioco in questa decisione? Come questa decisione viene maturata: personalmente, o attraverso il rapporto di équipe? Se questa decisione in qualche modo è influenzata anche da elementi di natura economica; se questa decisione risponde in qualche modo anche a una preparazione da parte del medico, in ordine a questioni non solo scientifiche ma anche etiche. Loro sanno che proprio in questi giorni si discute per esempio del *Living will*, carta di autodeterminazione che per certi versi può avere una sua legittimità, ma per altri può sembrare una sorta di scorciatoia, per cui il paziente a priori decide già di dire al medico che cosa lui debba o non debba fare. Anche questo è un tema che entra, per esempio, nel modo con cui noi oggi comprendiamo il nostro dovere nei confronti della salute, nei confronti della vita umana, della nostra persona; quindi l'idea che è maturata ed ha avuto una gestazione lunghissima è stata quella di dire: vediamo concretamente di interpellare gli amici che fanno il lavoro nella rianimazione, per comprendere meglio questa situazione e per arrivare anche a individuare dei criteri che possano aiutare a capire quando è legittimo, anzi doveroso, sospendere le cure. La ricerca ha avuto una scansione di questo genere: all'inizio ci siamo trovati ad elaborare queste domande,

che erano anche più numerose. Poi abbiamo deciso di avviare un gruppo di controllo, per vedere se le domande erano comprensibili, fatto da un gruppo di medici di Pavia. Questi medici ci hanno dato alcune indicazioni, ci hanno anche sottolineato che una domanda - che io invece ho voluto lasciare e che è stata la pietra dello scandalo - era meglio non porla perché altrimenti si sarebbero generati problemi: qualcuno non avrebbe risposto perché sarebbero state notizie di reato. Comunque, dopo una lunga meditazione, attraverso la mediazione dei sociologi, abbiamo composto questo questionario molto lungo e complicato. Poi la procedura è stata questa (tra l'altro i medici rianimatori presenti in sala lo sanno benissimo): io ho scritto insieme al professore di sociologia che si occupava della parte statistica una lettera a tutti i primari, chiedendo il permesso di contattare tutti i rianimatori e di dare loro il questionario. Abbiamo ottenuto il permesso, abbiamo contattato una società specializzata, la quale ha preso appuntamento con i singoli medici, ha consegnato ai singoli medici il questionario, che è stato auto somministrato proprio per evitare che ci fosse la possibilità di influenzarne la compilazione (per quanto ne sappiamo, i questionari sono stati ritirati e sono stati poi portati in busta chiusa alla società che ha fatto queste operazioni). Dopo di che abbiamo avuto i dati empirici, che sono stati computati. C'è stata una lunga riflessione anche per come comunicarli: abbiamo approntato due ordini diversi di pubblicazione, una che è stata in parte approvata e che uscirà in una rivista scientifica, la quale ci ha messo in imbarazzo perché ci chiede di avere più dati e nello stesso tempo ci dice di scrivere meno cartelle, cosa che non risulta molto facile; e poi è successa la pubblicità che è stata fatta. Lo spirito dell'iniziativa, l'idea di fondo, che credo che nasca dalla nostra indagine (empirica) vuole essere un modo per avere un rapporto diretto con coloro che operano in questo settore, in modo da non fare sempre prediche su che cos'è l'eutanasia, cos'è l'accanimento terapeutico, cosa è bene fare e non fare, ma anche comprendere concretamente, quando un medico opera, quali sono le azioni che mette in campo. Indagini di questo genere sono già state fatte in altri paesi e sono importanti soprattutto se sono fatte in clima di fiducia, perché lo scopo dell'indagine non è di denunciare le malefatte della medicina, o di fare però l'apologia della professione medica: lo scopo di questa indagine è di comprendere come concretamente avviene l'atto medico in situazioni così delicate. Una comprensione come questa nasce innanzitutto dalla consapevolezza che non è facile stabilire dei principi primi e poi (più difficile) applicarli alla situazione. In filosofia morale si dice che contano le premesse maggiori, ma nel sillogismo quello che poi determina la variazione finale sono le premesse minori, cioè la situazione concreta, il qui ed ora. Ora, ci siamo posti nell'idea di avere come interlocutore e protagonisti gli stessi medici e rianimatori per aprire una discussione molto ampia su una situazione che rischia di essere poi vissuta secondo due scorciatoie. Una scorciatoia è quella di coloro che teorizzano una sorta di diritto a morire, che verrebbe sancito anche col tema dell'eutanasia. L'altra scorciatoia è quella che passa attraverso la carta di autodeterminazione, perché la carta di autodeterminazione - che astrattamente potrebbe anche non presentare problemi - fa dimenticare la complessità dell'atto medico, in cui, in realtà, sono coinvolte diverse persone, diverse responsabilità morali, diverse condizioni. Quindi concludendo, l'origine di questa ricerca (perché noi ci auguriamo di farne altre, soprattutto ci auguriamo di poter discutere questa ricerca. Fra non molto verrà pubblicato l'intero questionario, che tra l'altro è stato sottoposto a questioni indebite da parte parlamentare; io sono stato fatto oggetto di interpellanza parlamentare in ordine a questa ricerca) è di fare una riflessione molto ampia, perché, mentre sul tema della vita in Italia come in altri paesi si è riflettuto molto, sul tema della morte si è parlato poco: la morte è un tabù. In realtà se c'è una cosa che ci contraddistingue è il fatto che tutti siamo

dei figli, perché non tutti saranno padri, non tutti saranno madri, ma tutti siamo dei figli e tutti siamo mortali. Ecco, questa condizione dell'essere mortale e quindi della capacità di accettare la condizione della mortalità, è un tema molto rilevante e credo che la medicina debba fare i conti con questa condizione. Se si fanno i conti con questa situazione si riesce anche a eliminare l'immaginario che oggi pervade la cultura. All'inizio del secolo l'immaginario era turbato da un'idea di poter essere seppelliti ancora vivi; oggi l'immaginario collettivo è quello di morire - e far sofferenza - attaccati a macchine. Queste sono immagini che dipendono anche dal fatto che mentre ogni mattina accendendo la televisione assistiamo a scene di morte e di violenza, abbiamo perso - scusate l'espressione, forse può essere un po' drammatica - la familiarità con l'essere mortali. Dobbiamo riprendere la familiarità con l'essere mortali e capire che esiste anche un modo assolutamente dignitoso di accompagnare il morente, che è anche quello di cessare le attività nei suoi confronti e permettergli di morire. Certo questa questione è complessa, bisogna tenere conto di molti elementi. La nostra ricerca vuole muoversi in questi termini, ma credo che il segnale che debba essere dato è questo: dobbiamo incominciare a riconciliarci con questa condizione umana, solo così possiamo incominciare a dare un volto umano all'attività medica.

#### **SERGIO BARBIERI:**

Ringrazio il professor Pessina. Ricordo che alla fine ci sarà un dibattito ampio, perché penso che le domande dal pubblico saranno moltissime. Ora lascio la parola al dottor Gattinoni.

#### **LUCIANO GATTINONI:**

Questa sera non voglio né fare una difesa né appartenere ad una categoria. Noi abbiamo tante buone intenzioni nella vita; ho letto l'articolo che riportava sul *Corriere della Sera* i risultati di questa ricerca e l'avevo letto in una delle più terrificanti condizioni che possa capitare ad un essere umano, cioè sul Milano-Roma, aereo delle ore 7:30: chi non l'ha preso non sa che cosa si sia perso. L'ho letto, e la cosa non mi ha impressionato in modo particolare; la sera, tornando a casa, mi telefona mia mamma e mi dice: "Ma cosa fate in rianimazione?! Ammazzate i pazienti!" La cosa mi ha indotto a rileggere quello che era scritto sui giornali - che non ha nulla a che fare con un report scientifico - con gli occhi di una persona normale e la cosa mi ha leggermente turbato. Qui abbiamo una serie di titoli a dimostrare come alcuni dati che nulla avevano a che fare, probabilmente, con le intenzioni degli autori, possano essere stravolti o modificati. Parlare il giorno dopo con i parenti che hanno il loro caro ricoverato in rianimazione è stato abbastanza difficile, abbiamo avuto prese di posizione; in tutti i dibattiti che sono seguiti ho notato una cosa molto curiosa: ho sentito parlare giornalisti, opinionisti, vescovi, ma non ho sentito parlare un solo rianimatore! E già la parola suona male: in altri paesi anglosassoni si chiama **Critical Caremeds** (?). In Italia, Spagna e in una buona parte della Francia e dei paesi latini si chiama *rianimatore*, che è un po' ridondante. Abbiamo problemi da affrontare quotidianamente che vorrei - e non parlo da rianimatore, ma cerco di parlare a quelli che non sono rianimatori e che possono essere legittimamente perplessi - spiegarvi e che cosa si opera. Ho

apprezzato molto quanto ha detto il professore; quello che non viene mai considerato quando si toccano questi argomenti è che cosa costa al medico che opera, il tipo di azione che fa. Qualsiasi azione facciamo non viene fatta gratis e i rianimatori non sono padroni della vita e della morte perché hanno i tre bottoni del respiratore. Sicuramente non lo sono della vita, possono esserlo nell'accelerare la morte, termine brutale. Una cosa da cui dobbiamo guardarci è un falso delirio di onnipotenza; ma prima volevo tornare a questo: il titolo stesso di questo convegno "Il malato critico, accanimento terapeutico o abbandono". Dico, e la cura normale? L'80%, il 90% di quello che facciamo è la cura normale e se adesso faccio una rapida inchiesta e chiedo quanta gente secondo voi muore nella rianimazione italiana o in quella francese: 50? 60? 70?

Guardando questo titolo a me non sembra sia l'anticamera della morte, vi posso informare che circa l'85 % dei pazienti torna a casa in buona salute. "Grazie dottore, per il momento grazie" è la frase tipica. Quelli che ridono sono i rianimatori perché sanno cosa sottende e secondo me parlare di *eutanasia* è un termine grosso. Posso affermare che in rianimazione all'inizio che non si fa eutanasia, ma *by definition*, proprio perché non esiste il concetto di eutanasia in rianimazione. Noi siamo lì per curare i malati, il rischio che abbiamo è quello dell'accanimento terapeutico (ancora una volta l'enfasi latina). Gli anglosassoni lo chiamano più disinvolatamente "accanimento futile" che è più leggero; accanimento terapeutico suona molto pesante, ma cosa vuol dire? Intraprendere o continuare la terapia di supporto vitale senza ragionevoli speranze di successo, qui casca l'asino: cosa sono le ragionevoli speranze di successo? Tutta la nostra scienza è fatta su basi probabilistiche. Arriva un signore in rianimazione con un'insufficienza respiratoria molto grave: in una popolazione grossomodo omogenea - ma non è mai omogenea, perché ogni singolo malato è una singola realtà - diciamo che di cento più o meno così il 30% muore; se si aggiunge l'insufficienza di un altro sistema d'organo si arriva al 60%, tre organi all'80%, quattro organi all'85%, cinque organi al 90%. Abbiamo sempre un 10% di possibilità: noi non saremmo qui se fossimo in grado di predire per il singolo individuo lo zero e il cento in una situazione acuta. Abbiamo a che fare con le popolazioni e non abbiamo nessun modo di saper con certezza se questo signore o questa signora rientra nel novanta o rientra nel dieci o nel novantanove o nell'uno per cento: questo non cambia i termini del problema, quindi definiamo il rischio. Il rischio è la probabilità che un certo evento, nel nostro caso la morte, avvenga date certe condizioni, e date certe condizioni ricadiamo nel problema probabilistico: la nostra scienza è fatta limitata. Riguardo al senso del limite della frase di Colombo, noi moltissime volte ci troviamo ad avere l'atteggiamento di chi ha in mano una clava e un martello e deve aggiustare un orologio svizzero, perché le nostre conoscenze rispetto alla complessità della biologia sono molto limitate e chiunque affermi il contrario o mente o è ignorante, e abbiamo un problema a intraprendere la cura.

Credo che ciascuno abbia il diritto di morire senza un tubo in gola. La rianimazione non è l'anticamera della morte: è una specialità di cure intense per pazienti che nel decorso di una malattia o prima di una malattia o, caso più semplice, per un incidente stradale o un'imperfetta salute, hanno un accidente da cui è potenzialmente possibile il recupero.

Moriamo tutti di arresto cardiaco, ma non dobbiamo rianimare ogni volta che un cuore si ferma, se l'arresto cardiaco è l'epilogo naturale di un percorso. C'è il diritto di morire con dignità.

Non ho ricoverato mio padre in rianimazione per non prolungare un'agonia, date le condizioni in cui veniva a versarsi. Iniziare il trattamento che permette di mantenere le funzioni vitali, questo è il nostro mestiere, non necessariamente di guarire, perché chi guarisce è il Padre Eterno o la natura; ma noi cerchiamo di mettere



l'organismo nelle condizioni che - coi nostri limiti - reputiamo le migliori, affinché l'organismo possa recuperare. Ho sentito dire che togliere il ventilatore è un omicidio: questa è follia oppure ignoranza. Il ventilatore è un aggeggio assolutamente "innaturale", che di per sé provoca i suoi guai e che viene usato temporaneamente per la stragrande maggioranza dei pazienti per sostituire una funzione che non c'è: il supporto cardiovascolare, il supporto renale. Noi possiamo mettere polmoni artificiali, fegato artificiale in parte, reni artificiali con tutti i limiti della nostra tecnologia - ha già presentato Barbieri questo - idratazione e nutrizione, e l'altra cosa è continuare il trattamento. Continuare il trattamento che permette il mantenimento delle funzioni oppure sospendere il trattamento. Credo che ci sia un larghissimo consenso al mondo nel giudicare eticamente equivalenti non intraprendere o sospendere una terapia. Tuttavia è più facile non intraprendere che sospendere, occhio non vede cuore non duole. È psicologicamente più facile, e questo è emozionalmente vero, ma razionalmente è sbagliato. Poiché noi agiamo su base probabilistica è molto più logico quando è possibile, e non centra l'età. Il novantenne vuol dire che ha avuto una selezione biologica straordinaria rispetto a un duenne che deve fare magari un trapianto epatico; non è l'età di per sé un criterio, ma è la possibilità di recupero. Quando noi ignoriamo la possibilità di recupero è molto più razionale dare un'occasione, testare una risposta alla malattia acuta, e se questa non c'è sospendere gli interventi straordinari. Il limite dell'accanimento terapeutico è il continuare con mezzi straordinari in assenza di qualsiasi risposta positiva: semplicemente in questo caso si tratta di prolungare l'agonia. Ma quando abbiamo un paziente che deve essere ricoverato in rianimazione, cosa aspetta la società? Se voi guardate la televisione, prendete per esempio tre popolari programmi degli Stati Uniti (*E.R.* e altri): uno arriva senza guanti, vede dov'è l'aorta, taglia, chiude e arresto cardiaco: banalità. L'arresto cardiaco nel 75% dei casi secondo i media viene recuperato. "Dottore grazie per il momento", e il paziente va a casa. In realtà soltanto il 2-4% degli arresti cardiaci in ospedale riprende, e in questo 2-4% c'è una buona percentuale con gravi conseguenze; ma le attese vengono create da questo clima. Noi crediamo alla televisione, se non c'è alla televisione non è vero. E poi abbiamo le risorse disponibili, e questa è una cosa che non ho mai capito: mi hanno detto di guardare i bilanci dello stato, ma noi spendiamo circa il 7% del Pil. E' tanto? E' poco? Io mi son sempre chiesto il 93% dove va a finire. Sfido chiunque a leggere un bilancio dello stato! Inevitabilmente i costi della medicina sono destinati a salire, e questo è motivo di riflessione, non tanto nostra, quanto dei nostri politici, perché la Sanità sembra che sia il buco nero di qualsiasi economia. Ma la gente normale che cosa vuole? Stare bene. Poi abbiamo il problema della giustizia distribuita: ogni volta che dedichiamo delle risorse a qualcuno ne sottraiamo a qualcun altro. Negli Stati Uniti circa il 20% dei letti, in alcuni ospedali circa il 25%, è dedicato ai malati acuti (terapia intensiva, semi intensiva). In Italia fra il 2-3% e ovviamente selezioniamo delle casistiche più gravi (se altri malati non arrivano in terapia intensiva è perché non sono "malati abbastanza"). Io ho fatto il Presidente della Società Mondiale della Terapia Intensiva per diversi anni e mi è capitato di girare parecchio per il mondo e di vedere le diverse realtà: a Calcutta mi hanno detto: "Dopo quello che ha visto al tempio di Kali secondo lei la terapia intensiva in India ha senso?". Al tempio di Kali c'era una popolazione ignuda, affamata, **che dice: o.k. ti do tutto e poi non ho più niente da darti (?)**. Indonesia, una piccola isola. 200 milioni di abitanti. Ci sono 7 letti di terapia intensiva. Vuoti, perché nessuno ha la possibilità economica per accedervi. Noi abbiamo un proverbio: se stai male prendi un'aspirina, se stai molto male prendi l'aeroplano. Questo per dirvi la distribuzione delle risorse che noi abbiamo. Chi decide sul trattamento? Secondo me non c'è dubbio: se il paziente è cosciente, e credo che tutta la legislazione sia

avviata su questa via, il paziente, il singolo, è il decisore finale. Il problema è quando il paziente non è cosciente. Il paziente non può parlare e l'opinione dei familiari per la nostra legislazione non è da tenersi in nessun conto. Diversa è la situazione negli Stati Uniti, ma da noi e in Francia è così. Però, quando decidiamo non di praticare l'eutanasia, ma di sospendere un trattamento che comincia a configurarsi come accanimento, non è mai la decisione di un singolo. Personalmente da me l'abitudine è questa: se anche uno di due medici su dieci/dodici che girano ha dei dubbi si preferisce continuare che sospendere. Quindi è una decisione collegiale a cui ovviamente si preparano anche i parenti perché, anche se legislativamente l'opinione non conta, sarebbe una follia non parlare e non accompagnare i parenti in quello che è un percorso di sofferenza. Per darvi un'idea, queste sono le morti precedute da **non ricovero sospensione**. Cosa vuol dire? Quanti sono i pazienti che muoiono in terapia intensiva durante l'aggressione terapeutica? Sono sempre meno. Più del 90% delle morti è da sospensione della terapia. Quindi soltanto il 10% muore mentre uno ci sta provando al massimo: cioè, abbiamo provato e non ci siamo riusciti, perché non siamo padroni né della vita né della morte. Ma sarebbe inumano continuare su una strada così. Stessa cosa nel Canada. Quando abbiamo compilato questo questionario uno dei miei assistenti ha scritto: "Mi rifiuto di rispondere a questa domanda perché confonde l'eutanasia con il non-accanimento terapeutico". Questo è uno dei nodi da sciogliere ed è meglio che tutti capiscano. Dopo di che una volta che è sospeso il trattamento straordinario, in cui è impossibile curare, occorre prendersi cura. Quindi la sofferenza, il dolore, l'angoscia possono e devono essere trattate. Quello che noi dobbiamo assicurare è la dignità, ricordando che per il medico è sempre una sconfitta. Questa è un'inchiesta che è uscita due o tre anni fa: ma credo che anche qui dentro ci sia confusione fra sospensione della cura ed eutanasia. Assoluta sorpresa è la Scandinavia in mezzo ai paesi latini; la più grossa discrepanza l'abbiamo in Spagna e in Italia dove dicono che bisognerebbe farla ma non la fanno. Ciò rappresenta un certo costume, ma quelli che per noi sono argomenti di discussione vi garantisco che in altri paesi sono una regola normale accettata e anche da noi il sospendere le cure è la cosa più umana e ragionevole che può essere stata fatta in certe situazioni. Mi rimane un ultimo punto da toccare: una volta ero in un dibattito del genere in Val di Fassa e c'era un reverendo e un ciellino e il Reverendo dice: la nostra società ha smarrito il senso della sofferenza che va offerta a Dio; ma io non so se quando il reverendo ha il mal di denti prende un aspirina o lo offre semplicemente a Dio o fa le due cose contemporaneamente, ed io ho detto che mi è capitato di fare dell'accanimento terapeutico cioè di usare in ambito controllato di ricerca qualcosa che sposti le frontiere (nel caso erano polmoni artificiali). Si alza una mano dal pubblico e una persona dice: "Professore, io sono la sorella di uno dei suoi accanimenti terapeutici, il suo accanimento terapeutico oggi ha pescato una trota di cinque chili". Era un signore che era stato trattato per un mese con il polmone artificiale, quindi con un supporto completamente artificiale. Quello che può rappresentare un accanimento oggi, può essere una normale prassi domani. Questo è un problema da tenere presente e noi non conosciamo la verità. Da ultimo ricordatevi che l'esposizione degli anestesisti e dei rianimatori alla morte è superiore a quello di qualunque altro medico. Non voglio citare ma è stato scritto da duemila anni - dai Greci fino ad Hemingway - che qualsiasi morte ad uno che vi assiste e che deve prendere alcune decisioni porta via qualcosa; per cui il rianimatore a mio avviso negli anni diventa una delle persone "un po' diverse" perché per l'esperienza che hanno di queste cose, hanno delle conseguenze all'interno.

**SERGIO BARBIERI**

Prima di passare la parola al professor Colombo volevo dire due cose sul problema della comunicazione, soprattutto quella scientifica sui mezzi di stampa. È venuto al Comitato tecnico scientifico del Policlinico Ferruccio de Bortoli, il direttore del *Corriere della sera*. Gli feci questa domanda: “Come mai c’è questa discrepanza tra gli articoli di comunicazione scientifica contenuti negli approfondimenti domenicali dei giornali e invece la comunicazione che compare nella cronaca? Non sarà che per caso i giornalisti non fanno controlli?” Mi rispose: “Sì, è vero, non fanno controlli, però purtroppo non ne hanno neanche il tempo”. E citava il problema della fusione fredda di **Flaysher Repons**: quando avevano scoperto il modo di ottenere la fusione fredda, il giorno dopo su tutti i giornali c’era scritto: “Trovato il modo di produrre energia infinita senza nessun problema. Venne deciso di non pubblicarlo, e il direttore del giornale aveva preso il collaboratore che non aveva pubblicato la notizia e lo aveva punito; questo per dire che spesso non c’è il tempo di controllare le notizie. Penso che potrebbe essere il tema di un futuro incontro, visto che è molto importante la comunicazione medica sui mass media, nel bene e nel male, perché ci sono anche esempi positivi, responsabili poi del formarsi della coscienza collettiva e di quelle distorsioni a cui accennava il professor Gattinoni. Cedo la parola al professor Colombo.

**ROBERTO COLOMBO:**

Perché il tema di questa sera è interessante anche per i non addetti ai lavori medici o filosofici? E’ interessante non solo perché tutti siamo almeno dei potenziali pazienti, ma questa non è la ragione principe. La ragione è soprattutto perché non è una questione esclusivamente medica. È una questione emblematica della drammaticità di tutta la vita. Che cosa fa la professione medico o infermieristica o che cosa fa la malattia, l’esperienza della sofferenza: fa emergere più pungentemente una questione che appartiene di diritto alla vita di ciascuno di noi. Per questo per affrontarla non occorre essere degli addetti ai lavori (qui ce ne sono parecchi mi par di capire). Nello scorso giugno sono stato invitato ad una facoltà di Medicina della Sicilia, a Palermo, in una giornata di riflessione di docenti e studenti sul tema della selezione e della formazione del medico. Il preside della facoltà, che si era addormentato durante la mia relazione (perché era alle quattro del pomeriggio a Palermo, a giugno, non so se avete presente com’è la situazione dopo un pranzo! Era andato in iperglicemia e si era addormentato) si è svegliato e improvvisamente, quando io ho terminato, e mi ha fatto questa domanda: “Ma, dopo tutte le cose belle che lei ha detto (non ne aveva sentita neanche una) ci vuole dire qual è secondo lei la caratteristica che deve avere - per noi che facciamo il test d’ammissione - uno studente per fare medicina?”. A me è venuto da dire questo: “Deve essere un uomo”. Poi mi sono corretto perché so che non è *politically correct* dire questo. Deve essere un uomo o una donna, un uomo e una donna veri. Perché per affrontare nella sua forma più urgente e pungente la questione occorre avere viva la coscienza della propria umanità. Il veterinario lo possono fare tutti se sanno fare l’università. Per il medico occorre la coscienza che qui è in gioco non un aspetto della vita, ma qui è in gioco tutta la vita nella sua forma più urgente. La grande sfida, la domanda di vita che trabocca nel cuore di ciascuno di noi, è l’ombra sempre incombente della morte che sentiamo come ultimo orizzonte sul quale si infrange la nostra domanda di vita e di felicità. Ora, non è in gioco meno di questo nella questione di questa

sera, ma è in gioco questo in tutte le questioni serie: cioè quelle nelle quali noi ci implichiamo con tutta la nostra coscienza. Quello che cercherò di fare io è semplicemente questo: dimostrare la convenienza e le ragionevolezza dell'insegnamento della Chiesa, a proposito del tema di cui stiamo parlando. Ciò che è in gioco non è tanto il binomio - spesso utilizzato sui mezzi di stampa - tra artificiale e naturale, per esempio tra una ventilazione che consente atti respiratori che non sarebbero altrimenti spontanei. Infatti ciò che si oppone ad artificiale non è "naturale". Ciò che si oppone ad artificiale è "ragionevole", cioè ciò che corrisponde ad un ordine. La ragione è in grado di cogliere l'ordine delle cose rispetto al loro significato, al loro destino, l'ordine della vita dell'uomo rispetto al suo destino. Quindi non è tanto il ritorno impossibile ad una medicina del morente, che sia meno tecnologica, meno scientifica. Non è questo che renderebbe più umana la questione della morte. Infatti la medicina non è diventata meno umana da quando è diventata più scientifica, più ricca di tecnologia: secondo me è l'opposto. Un secolo fa o ancor meno, quando si doveva fare la diagnosi differenziale tra diabete insipido e diabete mellitico il medico doveva prendere il suo dito e metterlo dentro l'urina del paziente e poi portare qualche goccia del liquido biologico sulla sua lingua. Ora ditemi voi: non è più umano che il medico ritiri il referto glicosuria e il paziente faccia la pipì a casa sua, anziché farla lì davanti al medico perché lui possa fare questo test? Allora la questione è invece una contrapposizione tra l'artificialità, cioè il prodotto della propria mente che costruisce un artefatto della realtà, e la propria mente in quanto ragione che si apre ad afferrare la realtà e la ordina. La questione in fondo, potremmo dire, è quella del destino o del fine dell'uomo, come dice san Tommaso. La questione infatti si gioca tutta qui, in termini oggettivi. Tra un atto medico che è ordinato o non è ordinato al destino dell'uomo, dell'uomo malato. È ordinato o non è ordinato al fine (cioè al suo bene): questo in termini oggettivi. In termini soggettivi, si gioca tra un atto medico che nasce da una affezione e uno che nasce da una disaffezione al destino del paziente, cioè al suo vero bene. La questione della medicina moderna mi sembra esprimibile in questi termini, e in modo più acuto quanto più la medicina affronta il tema più drammatico dell'esistenza, cioè la morte. La questione della medicina moderna è quella di essere disordinata, di aver smarrito l'ordine delle cose mediche in mezzo ad una miriadi di indagini analitiche, di test, di interventi, di cose da fare, di letteratura da leggere, di colloqui, di visite: ha smarrito l'ordine delle cose, è diventata disordinata, cioè ha smarrito il loro significato, il loro fine. E il dramma del medico contemporaneo che vive questa esperienza della medicina disordinata è quello di essere, per lo più, disaffezionato al destino del paziente, occupandosi solo della sua salute e non più anche della sua salvezza. Qui rimando ad un bellissimo incontro che ha fatto Sua Eccellenza Mons. Scola, qui a Milano presso "Medicina e Persona" due o tre anni fa, sul significato dell'insegnamento della Chiesa a questo proposito. Lo riassumo così, raccogliendolo dal testo più sistematico che è la Dichiarazione *iura et bona* sull'eutanasia. È lecito - parafrasando il testo per condensarlo - sia per il paziente, sia per il medico, non iniziare o interrompere -se già iniziato- l'impiego di interventi clinici che risultano sproporzionati. Sproporzionati rispetto alla condizione del paziente. Senza tuttavia interrompere la cura, nel senso inglese di *care* (non di cure), che è dovuta ad ogni persona malata fino al suo ultimo respiro. Cerchiamo di cogliere il realismo e la ragionevolezza di questa affermazione. Perché è una affermazione realistica? Perché l'uomo deve fare i conti con il proprio limite (per inciso dirò che quella citazione che ho fatto all'inizio andava messa tra virgolette, perché l'ho a mia volta ripresa e quindi ne sono debitore ad altri). L'uomo deve fare i conti con il proprio limite: così lo esprime Giovanni Paolo II nella Enciclica *Evangelium Vitae*. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o alla

eutanasia: esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte. Il realismo è accettare la condizione umana di fronte alla morte. Il limite più grande con il quale l'uomo deve fare i propri conti è certo la morte. È vero quanto è stato detto dal prof. Pessina, che il limite è stato dimenticato: l'oblio della morte segna la nostra cultura contemporanea; ma la segna proprio perché c'è un difetto di realismo! Insomma: quando uno va al ristorante può ordinare tutto quello che vuole, ma alla fine arriva il cameriere e gli presenta il conto. Questo, nella nostra vita, è sempre vero di fronte al limite della morte. Potremo dire - con la tradizione cristiana - le parole della liturgia "*mors ero mors tua*": non possiamo non soffermarci di fronte a questo limite, dobbiamo farci i conti: il medico non può non fare i conti con la morte. La rinuncia all'accanimento terapeutico esprime esattamente nelle parole del papa l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte: perché qualcuno ci faccia superare questo limite occorre farci prima i conti. Secondo: perché è ragionevole l'affermazione sopracitata? L'uomo è chiamato ad usare la propria ragione in modo ragionevole: pur avendo un suo razionale scientifico clinico, pur avendo una ragione scientifica ineccepibile, un atto medico può essere irragionevole o ragionevole. È irragionevole se manca una ragione adeguata per porre in atto quell'intervento ed è ragionevole se c'è una ragione adeguata. La ragione è rendersi conto della realtà secondo la totalità dei suoi fattori: cos'è la ragione clinica se non una forma della ragione umana? È rendersi conto della realtà del paziente secondo tutti i suoi fattori, che non sono soltanto i parametri fisiopatologici (certo, l'uomo è un animale, ma non una bestia). Gli interventi medici sono proporzionati - secondo l'espressione del magistero della chiesa -, quando è ragionevole per un medico proporli e per un paziente e i suoi famigliari accettarli. Quando cioè ci sono delle ragioni adeguate alla realtà tutta del paziente, corpo e anima, e pertanto non si può non tenere conto del destino del paziente. E il destino di ogni uomo non è definito dal suo limite, dalla morte, ma dall'eternità. Dunque ci dev'essere una 'ragione ragionevole' per continuare o sospendere una terapia o una cura: non ci può essere solo una ragione scientifica; non bisogna cioè ridurre l'ambito della ragionevolezza all'interno della medicina né alla dimostrazione biologica né alla formalità della logica: questi sono due limiti del riduzionismo in medicina. La ragione non si identifica con il dimostrare una ragione biologica: il medico non può dimostrare in senso stretto (cioè ripercorrendo tutti i processi fisiopatologici che precedono o seguiranno il suo intervento) la ragionevolezza del suo intervento, della sua sospensione in quel paziente. È stata ricordata appunto la questione della statistica: in questo senso è impossibile, e qui sta tutto il limite dell'espressione *evidence medicine* i cui meriti ciascuno di noi riconosce ma i cui limiti non possiamo dimenticare. La statistica e la metanalisi dei dati non esauriscono il reale: esiste sempre lo spazio dell'imprevedibile e dell'imprevisto. Un paziente non è un caso clinico da manuale. La certezza di una decisione clinica sulla sospensione di un trattamento o sull'inizio di un trattamento in *critical care medicine*, come può essere raggiunta? Solo in un senso morale, e qui introduciamo il terzo uso della ragione, cioè una certezza di tipo morale. Esiste sì una ragionevole certezza ma essa non deriva dal dimostrabile biologico, né dalla logicità ineccepibile. Dobbiamo allora lasciare spazio all'imprevisto e all'imprevedibile, cioè dobbiamo avere una certezza morale che quella azione, nonostante l'irriducibile imprevedibilità, sia ordinata al destino di quell'uomo o di quella donna. Concludo dicendo che il recupero di una certezza morale è il passo fondamentale per il recupero di una certezza clinica. Grazie.

**SERGIO BARBIERI:**

Grazie professor Colombo. Prima di ridare la parola al professor Pessina che voleva fare alcune puntualizzazioni, vorrei pregare il professor Gattinoni di ripetere quello che ci ha detto a pranzo, quelle definizioni piuttosto argute di statistica e metanalisi.

**ADRIANO PESSINA:**

Chiedo la parola per un'osservazione che mi sembra importante. Io mi trovo in buona compagnia: nel senso, mi auguro che se debba succedermi qualche cosa ci sia il professor Gattinoni a curarmi. Però la realtà è diversa: esistono posizioni diverse minoritarie, grazie al cielo. Forse ho delle brutte frequentazioni, in realtà ci sono persone che sostengono posizioni diverse, che hanno un approccio alla questione finale della vita diverso, e dobbiamo prenderne atto. Conosco persone che non so che cosa facciano ma che teorizzano posizioni diverse. Più di una volta ho discusso con il professor **De Franzi** che ha posizioni diverse in ordine alle attività che si devono fare in fine di vita. Esiste a Milano la così detta Consulta di Bioetica Laica in cui militano anche dei medici con impostazioni diverse. La nostra ricerca non voleva dire *cosa si dovesse fare*, credo che il professor Gattinoni abbia detto in modo esemplare un quadro del *dover essere* di un medico, e mi auguro che questo permanga, così come il professor Colombo ci ha indicato delle linee di guida importanti. La nostra è una ricerca più modesta, empirica, il che vuol dire cercare di comprendere cosa avviene di fatto in una popolazione molto variegata. Credo che abbia ragione il professor Gattinoni nel dire che il 90% dei medici condivide l'impianto che lui ha espresso; però esistono anche altre posizioni. Bisogna sottolineare anche che i medici e i rianimatori sono persone molto intelligenti e sanno - quando leggono le domande - cosa c'è scritto nelle domande, e anche noi nel farle cerchiamo di dire cose abbastanza comprensibili. Una cosa dobbiamo riconoscerla, che c'è una domanda specifica che ha agitato le coscienze e che dobbiamo prendere in considerazione - almeno come opinione che si sta diffondendo - ed è l'idea dell'eutanasia in senso proprio: non della confusione attorno ad un uso di farmaci in qualche modo letali, ma si parla di uso volutamente letale. Poi vorrei dire che le nostre domande non *equivocabili* e nemmeno molto difficili; il nostro scopo era quello di comprendere meglio la situazione, perché un *dover essere* che non parte dal sano realismo che descrive ciò che è, rischia di trasformarsi in un esercizio retorico. Domande elementari sono per esempio: "Nella tua rianimazione la limitazione e la sospensione delle cure è un evento mai verificatosi? Molto raro? Raro? Frequente? Abbastanza frequente?"; oppure: "Nella tua rianimazione qual è l'iter decisionale che in condizioni ordinarie porta alla sospensione delle cure al paziente? È in genere una scelta o un'iniziativa individuale? È in genere una scelta fatta collegialmente dall'équipe medica? È in genere una scelta fatta collegialmente dall'équipe medica con il coinvolgimento dell'équipe infermieristica?". Poi ci sono domande intorno alla conoscenza delle lingue guida e su come si procede quando si decide di sospendere le cure. In rianimazione e nell'iter decisionale della sospensione delle cure viene mai chiesta una consulenza etica? Un tema che mi piacerebbe molto affrontare è lo scarso ruolo, lo scarso valore, la scarsa preparazione dei comitati etici; io faccio parte del comitato etico del Niguarda e mi rendo conto di quanto lavoro ci sia per fare un comitato etico che non si occupi solo della sperimentazione dei farmaci. Oppure: "Nel compiere la sospensione della ventilazione artificiale, quale di queste azioni si è di solito realizzata?", e

come sono descritte: “Utilizzi i sistemi di punteggio?”; “Nella tua rianimazione hai familiarità con le direttive anticipate? Ritieni di aver mai fatto ricoveri impropri?”, e così via. C'è poi la famosa domanda che ha creato un grosso problema sul fatto che qualcuno voglia o no decidere di utilizzare in modo volontario e chiaro farmaci volutamente letali e la domanda non è fatta in modo che sia equivoca, perché (domanda 41) dice: “Queste manovre sono accompagnate dalla somministrazione di sedativi o analgesici?”, e nessuno reputa che questo sia eutanasia.

“La sospensione delle cure è accompagnata anche dalla somministrazione di farmaci a dosaggi volutamente letali?": questa è una domanda che fa presumere qualcosa di diverso. “Ritiene eticamente accettabile la somministrazione di farmaci a dosaggi volutamente letali quando viene deciso la sospensione delle cure rianimatorie a un paziente?": anche questa è una domanda che fa pensare a qualcosa di diverso.

Non mi interessa adesso discutere o difendere la mia ricerca; sono rimasto molto addolorato da una cosa, e cioè dal fatto che sfugga il desiderio di comprendere innanzi tutto una situazione complessa e in evoluzione. Forse le persone della mia età hanno anche una particolare informazione e una certa impostazione da punto di vista etico.

In realtà, molte delle nuove generazioni - ci sono composizioni diverse anche nell'ambito medico - hanno una percezione diversa del significato del vivere e del morire. Di questo dobbiamo prendere in qualche modo atto e credo, come si dice, che sia importante tenere conto di una cosa: il professor Gattinoni prima ha detto una frase che mi ha rallegrato: che chi osasse dire che togliere il respiratore è uccidere una persona, direbbe una cosa sbagliata perché in alcuni casi non è affatto così. Un piccolo particolare è che io mi sono trovato in grossi problemi perché alcuni medici giustamente fanno questa operazione; ma il ministro Sirchia in Parlamento ha fatto delle dichiarazioni fuori dalle righe non tenendo conto che non si valutano le sospensioni delle cure senza tenere conto delle situazioni. Allora voi capite che improvvisamente mi sono trovato nel banco degli imputati, perché avrei osato fare cose nefande semplicemente perché mi sono permesso una volta di avere dei dati empirici (tutti i dati empirici che vengono citati sono citati da ricerche fatte in altri paesi).

Allora, scusatemi se a fine corsa mi son permesso di scaldarmi, ma siccome da troppo tempo improvvisamente sono diventato il carnefice dei rianimatori, capisco che i rianimatori siano stati sottoposti a lunghe pressioni; ma vi assicuro che anche io povero filosofo mi son trovato sottoposto a cure rianimatorie piuttosto intense da parte di molte persone. Ritenevo giusto ribadire questo: la nostra ricerca non nasce con spirito polemico, ma per comprendere la situazione; e purtroppo la situazione segna una distanza tra l'essere e il dover essere. Il dover essere ci è chiaro; temo purtroppo che l'essere della situazione non sia così chiaro. Scusatemi.

### **SERGIO BARBIERI:**

Il professor Pessina non voleva parlare di quelle famose domande e poi alla fine ha dovuto giustamente tirarle fuori. Conosco alcune persone che la pensano come il professor Pessina riguardo agli ultimi punti. Questo è indubitabile, infatti era un mio forte desiderio fare un incontro anche sul concetto di persona per adesso frustrato. Se interesserà a qualcuno si potrà fare, perché da lì poi deriva tutto il resto, a seconda se

uno ritenga una persona un'unità psicofisica oppure no, se solo la funzione corticale caratterizza un essere umano oppure no: sono poi cose che si riverberano inevitabilmente sulle decisioni che vengono prese. Adesso lascerei spazio alle domande (che spero siano anche un po' irriverenti e dirette), in modo che se qualcuno ha da dire qualcosa la dica ora che c'è chi può rispondere.

### **DOMANDA:**

Mi chiamo Aletti. Volevo far notare era questo: che diventa angosciante se il medico tende a ragionare costantemente con il paziente con diagnosi e terapia. Il rapporto medico/paziente non è solo diagnosi e terapia, altrimenti ne resti segnato per tutta la vita. C'è una libertà che si gioca; è vero che bisogna fare diagnosi e terapia, ma questo non è il rapporto medico/paziente, altrimenti viaggi a protocolli: diagnosi, terapia, protocollo. Finito. Questa è l'impostazione che viene data; e se sbagli diagnosi, e quindi sbagli terapia e di conseguenza il protocollo, non c'è nessun problema: arriva il magistrato e non c'è nessun problema, è così. Allora si gioca una libertà.

Altro punto: la morte. A me l'hanno insegnata così: san Francesco la chiama "sorella" e san Paolo dice: "Dov'è il tuo pungolo?". Non prendiamoci in giro: quando uno viene al mondo sa benissimo che muore, lo sa benissimo. Il problema dell'eutanasia si gioca su un punto, secondo me: che per il malato cronico degenerativo su cui tu hai una diagnosi infausta, ti rendi conto che man mano che vai avanti tutti i rapporti terapeutici che hai non tengono più. Chiaro?

Allora è inutile fare domande in cui vengono fuori cose che non hanno senso. È come chiedere: "Il Papa è pacifista, Bush è guerrafondaio?". L'ha fatto *Famiglia Cristiana*.

Certe domande in medicina vanno valutate tenendo conto di tutti questi fattori, e arrivo al paziente; il paziente: tu come medico ti rendi conto che non lo possederai mai, perché c'è sempre una questione che ti sfugge: che la realtà dell'uomo è molto più grande di te. Faccio un esempio. Oggi diventa morale fare diagnostica prenatale per individuare il tarato e il malformato da sopprimere con l'aborto selettivo. C'è anche una legge, la 194 sull'aborto, condivisa. Se uno ha una mappa cromosomica alterata, perché deve campare? Io personalmente la definisco medicina razzista. Mi mettano pure in galera, per me questo è razzismo, perché la diagnosi non è fatta per sopprimere il malato (come la diagnosi di cancro e cose così che vedi che man mano la usi per sopprimere il malato), ma questa non è medicina, anche se aumenta sempre di più la schiera delle persone che la pensano in questo modo; per me non è medicina. Vi faccio un esempio che mi è capitato: avevo una paziente che stava morendo di cancro. Qual era il rapporto medico/paziente, quando tutti i rapporti terapeutici che hai in mano non rendono niente? Ma è lo stesso rapporto che io ho con mia moglie e con i miei figli: "*Primum est vivere, deinde filosofare*": e di cosa parli? Del senso della vita, della malattia e di queste questioni. Perché il medico non le affronta? Perché lui stesso non ha chiaro questo problema! Tanto che ne è segnato fino in fondo. Altrimenti puoi trattare la questione della morte come **overtreatment o undertreatment**, o diagnostica precoce, da un punto di vista medico; invece è un'altra questione.

### **SERGIO BARBIERI:**



Grazie dottor Aletti.

## DOMANDA

Sono il dottor Stocchetti, neuroranimatore, buonasera. Ho un po' di disagio, non nell'ascoltare opinioni diverse, ma nel definire in modo un po' più preciso di che cosa stiamo parlando. Perché - se ho capito bene - stasera ci sono dei grossi argomenti sul tappeto, ma il sale e il pepe sono stati suscitati da un'inchiesta. Mi dà molto fastidio che i dati disponibili su quest'inchiesta li ho letti sul *Corriere*: li ho visti riassunti dal dottor Barbieri nella *slide* che vedete proiettata. Il Ministro si è spaventato per questi dati e ha sguinzagliato i carabinieri: non conosco i dati; dubito che li conosciate anche voi. C'erano settantotto domande, e quindi una grossa complessità, e variegate risposte. Chi si occupa un po' di letteratura sa che i questionari di per sé hanno una metodologia e una grossa difficoltà ad essere interpretati. Mi chiedo: stiamo parlando di quello che i giornalisti del *Corriere* hanno ritenuto di titolare? Abbiamo i fatti sui quali discutere? Scusate, ma stiamo parlando di etica, e per quel che capisco un buon modo (e questa è una domanda al professor Pessina) di discutere e cercare il più possibile di avere la verità sarebbe quello di discutere sapendo ciò che il professore sa, ma che - non avendolo pubblicato - non posso leggere, non posso discutere, non posso valutare. Perciò, per un discorso eticamente fondato le opinioni sono molto rispettabili ma i fatti devono ancora essere prodotti. Ritengo molto controproducente affrontare cose così serie partendo dall'enfasi (a volte melodrammatica e sicuramente emotiva) che proviene dai giornali. L'altro punto è che facendo il rianimatore diventa stridente affrontare le questioni su piani più apologetici o assoluti e dimenticare la realtà quotidiana. Se davvero ci sta a cuore garantire al paziente le cure, dovremo renderci conto che ci sono alcune scelte che i medici possono fare e altre scelte che la società ci fa fare. A Milano (che è una città civile della civile Lombardia) l'anno scorso per due volte alcune rianimazioni sono state chiuse per mancanza di infermieri. Nessuna volontà negativa, ma capite che la scelta lì non è più se insistere con le cure e prostrarle: non si può fare, non ci sono fisicamente le risorse per fare. Allora credo che la riflessione etica dovrebbe arrivare a incontrarsi con un sensato pragmatismo che consenta di dire: le cose che riteniamo giuste devono poi diventare realizzabili. Questo però è un discorso generale, mentre sui fatti - non sul *Corriere* ma scientificamente calibrabili - ho proprio una richiesta.

## SERGIO BARBIERI:

Per quanto riguarda la seconda domanda della locazione delle risorse io inviterei il dottor Stocchetti e tutti gli altri interessati a venire al Congresso di Medicina e Persona in giugno, dove ci sarà una sessione a cui dovrebbero partecipare i politici a cui sarebbe opportuno fare questo tipo di domande.

## ADRIANO PESSINA:

La ringrazio molto di queste domande esatte e pertinenti. Le rispondo in questi termini. Prima cosa, al convegno della **Sibice** abbiamo fornito una serie di dati: se vuole, sul sito della **GIOFIL** c'è tutto l'intero convegno e sono stati presentati i dati. Ovviamente, i giornalisti hanno fatto grande *can can*, ma io non ho

visto né giornalisti né medici (tranne pochi amici del Niguarda) al convegno della Sibce dove abbiamo presentato i dati, e sui giornali era scritto che al convegno della Sibce avremmo presentato i dati. Non li abbiamo presentato tutti perché - come lei mi insegna - quando alcuni vengono mandati per delle pubblicazioni c'è un periodo di embargo. Ma le dirò di più: che stasera sono venuto per pura cortesia, perché più di una volta ho detto che fino a quando non avrò pubblicato gli interi dati non sarei venuto a parlare di questa cosa; tant'è vero che ho esordito dicendo che non avrei parlato di questi dati. Non sono venuto a parlare di questa mia ricerca, perché altrimenti avrei fatto un convegno da solo: non ho bisogno che altri organizzino un convegno sui dati della nostra ricerca. Quindi trovo particolarmente offensivo quello che lei dice, perché il mio atto di cortesia di venire a discutere di una questione viene poi trasformato in un'ingiuria nei confronti delle persone che hanno fatto un lavoro e anche in insinuazioni assolutamente gratuite sulla scientificità del nostro lavoro. Questo io non lo accetto; come dico, sono venuto per la cortesia e per l'amicizia con le persone e per cercare di chiarire una cosa che mi sembrava doverosa di fronte ad un uso sbagliato della comunicazione di massa. In questo senso continuo a rimanere assolutamente disponibile, però non accetto che vengano fatte insinuazioni sul lavoro delle persone. Poi, lei è anche un rianimatore, penso che abbia letto la nostra ricerca e abbia risposto. Non ho avuto nessuna osservazione né dai primari né dai medici in merito alla validità della nostra ricerca. Certo, qualcuno sospettava forse che uscisse un dato di un certo genere, che per esempio non esistesse quel 3,6%. Allora i dati non diventano validi perché solo un 3,6% dichiara di essere favorevole all'utilizzo di farmaci letali? E se invece avessimo scoperto che tutti i rianimatori sono degli angioletti e che tutto va bene, allora sarebbero stati validi? Scusatemi, credo che non sia giusto l'atteggiamento come dire di "legittima difesa" che in qualche modo si sta creando da parte di alcuni rianimatori. Ho avuto moltissimi attestati di stima e di fiducia da parte di molti rianimatori: hanno capito benissimo la situazione e hanno capito la natura e il valore della ricerca. Quindi, da questo punto di vista mi dispiace, ma io credo che l'oggetto della serata non sia di per sé la ricerca che ho condotto, perché quella avrà il momento e il luogo opportuno, e come sempre il professor Gattinoni ci ricorda, sarà un convegno scientifico. Grazie.

### **LUCIANO GATTINONI:**

Allora, 3,6 per cento. Queste decisioni vengono prese normalmente in modo collegiale; è come in un condominio in cui c'è uno che ruba: non è che allora i condomini siano tutti ladri. Mi guardo bene dall'escludere che qualcuno la pensi diversamente. Quello che mi chiedo è se queste decisioni le hanno attuate di nascosto, ossia al di fuori di quello che è il normale comportamento della terapia intensiva. Non entro sulla scientificità della ricerca, me ne sono ben guardato, perché ogni questionario dev'essere validato. Quando avremo su un giornale scientifico (ricordo al professor Pessina che la richiesta di avere più informazioni con meno tabelle è un classico dei giornali seri) i dati, allora se ne può discutere in un certo ambito. Riguardo ai dati che sono usciti e che hanno suscitato questo *can can*, io penso sempre alla mia mamma: non va a leggere del 3,6%, ma va a leggere i titoli; i titoli sono lì, quindi c'è qualcosa di sbagliato

nel sistema e di questo sbaglio del sistema non sto cercando il colpevole: so che la realtà è sbagliata, perché quando il giorno dopo devi dare la notizia ai parenti e vieni guardato con sospetto non è bello. E poi il 3,6% non va tradotto nel fatto che in rianimazione si pratica l'iniezione letale! Il ministro che dice: "Ho il terrore di andare in rianimazione": è legittimo, anch'io, ma non per l'iniezione letale!

**DOMANDA:**

Mi chiamo Vitale e sono anestesista a Monza. Sono stato colpito da molte cose dette che mi sembrano anche molto legate tra di loro: la questione della familiarità con la morte, che è un concetto che manca, il rispetto del paziente e della sua volontà, la ragionevolezza dell'approccio del medico al paziente. Per come è organizzato il nostro lavoro, ho molto più spesso a che fare non tanto con la sospensione di un trattamento quanto con l'intraprendere un trattamento, cioè al pronto soccorso ho l'accesso alla rianimazione. Mi accorgo che spesso nel mio lavoro gli atti che faccio vanno a discapito del momento in cui viene reso il conto, perché il momento in cui uno riceve il conto è fondamentale, cioè in un certo senso è prezioso. E molto spesso è come se noi levassimo all'ultimo momento la possibilità di aver coscienza che viene presentato il conto. Posso fare un esempio un po' forzato: se il buon ladrone avesse avuto un anestesista accanto non ce l'avrebbe mai fatta! Allora la mia domanda è questa: forse nella gestione dei pazienti dovremmo esercitare su noi stessi questo cambiamento di rotta, cioè smettere di ritenerci padroni della coscienza del nostro malato? E tendere a questo con la ricerca e la terapia? Non sarebbe molto più facile questa serie di decisioni se non ci ritenessimo padroni non tanto del malato, ma della sua coscienza?

**DOMANDA:**

Buonasera, mi chiamo Fiorista, sono cardiologo al San Carlo. Volevo fare un piccolissimo preambolo per poi agganciarvi a quello che è stato detto soprattutto da parte del Prof. Pessina. C'era stato qualche mese fa il caso di un marito a Monza che era entrato un po' violentemente in una rianimazione e aveva fatto staccare con la forza il respiratore alla paziente sua moglie. Poi questa persona al procedimento giudiziario era stata assolta; non è per il problema della assoluzione o della condanna, ma a una cosa del genere va soltanto, diciamo, la pietà umana. Però mi chiedevo: ma se lui avesse minacciato il respiratore non della moglie ma di un altro paziente, come sarebbe andata la cosa? Mi riferisco a quello che è il problema dell'atto in sé, sentendo anche il filosofo che abbiamo qui stasera, mi è venuto in mente il famoso dialogo di Platone, l'*Eutifrone*, in cui Socrate chiede a Eutifrone la definizione di giusto, sacro, santo. In un problema così complesso in cui c'è alla base sicuramente un profondo senso etico, si può cercare di prescindere dal singolo caso del singolo paziente, per cercare di arrivare - se si potrà mai arrivare - a un qualcosa di più assoluto (assoluto è una parola un po' grossa)? cercare di farsi un'idea di cosa può essere una determinata azione, un determinato comportamento, in maniera un po' più alta?

**LUCIANO GATTINONI:**

Il problema non è la definizione assoluta (che è la più facile); il problema è proprio il singolo paziente. Il tutto nasce in gran parte dalla nostra ignoranza. Credo che tutti siano d'accordo che è inutile darsi da fare e diventare matti per curare "l'incurabile", e tutti siamo d'accordo che questa persona vada accompagnata nel suo naturale epilogo con conforto. Il problema vero che si pone ai rianimatori è che ragioniamo su base statistica e se ci arrivano due ladroni non sappiamo chi è il buono e chi è il cattivo. Li prendiamo e vediamo la risposta alla terapia. Questo è sostanzialmente il nostro mestiere. Sul caso di Monza: se ci fosse qui un giornalista titolerebbe così, si aggrapperebbe a ciò che farebbe la notizia. Io non ho letto le motivazioni della sentenza, ma credo che le motivazioni fossero che per quella malata lì non c'era più niente da fare. Che fosse vero o no, questo è un altro discorso. Ossia si configurava come accanimento terapeutico. Quindi il problema in sé è semplice. La soluzione individuale è complessa, e la difficoltà della soluzione nasce sostanzialmente dalla nostra inadeguatezza "prognostica" più che da tutto il resto che è stato detto.

### **ADRIANO PESSINA:**

Non vorrei avere l'impressione di essere pessimista, ma io credo che in realtà il professor Gattinoni abbia ragione - se dà per accettato alcuni presupposti, che nella nostra cultura non sono più così omogenei -, cioè una certa concezione di persona umana, una certa concezione della professione medica: a prescindere dalla ricerca, se andiamo a vedere il dibattito bioetico attuale credo che esista veramente un problema serio anche di definizione. Per esempio, se andiamo a vedere nella letteratura bioetica (non solo italiana) ci rendiamo conto che sta passando questa idea paradossale: che non esiste di per sé differenza fra *uccidere* e *lasciar morire*, il che vuol dire che è legittimo uccidere. Si sostiene una tesi classica, per certi versi il famoso "omicidio per pietà". La tesi che ricorre è questa: in caso, in nome della qualità della vita un certo paziente è meglio sia morto piuttosto che vivo. Che oggi ci siano impostazioni di questo genere è un fatto. La sua richiesta è importante, cioè: "È possibile arrivare a definizioni che siano equivoche il meno possibile?". Io credo di sì, che sia possibile, ma che queste definizioni in qualche modo risentano delle premesse generali. Quando infatti discuto sulla differenza fra accanimento terapeutico, abbandono terapeutico e atto eutanasi, il confine tra questi non è determinato solo dalla situazione clinica, ma anche dalla mia antropologia di riferimento. Con il professor Guizzetti abbiamo fatto una giornata di studio a Bergamo sullo stato vegetativo persistente. Ad esempio, ci sono autori che ritengono semplicemente che la lesione corticale segni la morte dell'essere umano non dal punto di vista biologico ma dal punto di vista personale, e che quindi in realtà un essere che è in grado di respirare normalmente, senza bisogno di nessuna cosa, è già morto. Quindi è una concezione antropologica che condiziona totalmente l'approccio diagnostico e medico. Allora, da questo punto di vista l'unica risposta che mi sento di dire è questa: è più facile dare una definizione precisa (che peraltro poi lascia sempre aperto il problema di applicare questa definizione al caso concreto) in un contesto omogeneo di valori, cioè in un contesto culturale in cui ci siano dei valori base condivisi. In realtà anche in Italia - ma questo è evidentissimo nel dibattito bioetico anglosassone francese o svizzero - dove questo contesto non c'è più, occorre fare un lavoro per recuperare anche le premesse per distinguere il fatto che un atto non è di accanimento terapeutico o non è di abbandono terapeutico. Per esempio, c'è differenza fra l'abbandono terapeutico e la sospensione delle cure, perché il primo è il venire meno di un atto che dovrete fare, il secondo viceversa è un atto doveroso. Quindi, ci sono distinzioni

concettuali che si possono fare, ma credo che la questione più complessa siano le premesse generali, perché quando si dice che tra il togliere un respiratore o fare un'iniezione letale non ci sia nessuna differenza in una situazione altamente medicalizzata, non ci sono più i confini; non solo, ma si teorizza anche questo: la morte è un evento che di per sé non ha un suo significato naturale e l'unica morte veramente degna dell'uomo è quella che si dà da sé quando si uccide o quando chiede di morire. È chiaro che moltissimi di noi ritengono false queste tesi, ma questo non impedisce purtroppo che ci siano. Allora credo che la situazione descrittiva sia più complessa degli ideali che possiamo proclamare.

### **SERGIO BARBIERI:**

Grazie professor Pessina. Mi piacerebbe che il Centro Culturale di Milano e Medicina e Persona organizzino un incontro sul concetto di persona. L'ultima domanda e poi la parola a Felice Achilli per la conclusione.

### **DOMANDA:**

Mi chiamo Pesenti e sono rianimatore a Monza. Cercherò di essere stringato. Mi piacerebbe avere la certezza assoluta sullo stato vegetativo persistente. C'è un grande dibattito, la situazione non è o bianco o nero. La domanda è: qual è lo scopo della medicina? Perché mi sembra che oggi l'unico scopo riconosciuto alla medicina sia quello di evitare la morte. Si trascura la cura, quello che una volta si chiamava lenire la sofferenza. Come rianimatori ci troviamo spesso a operare fra questo bilancio del lenire la sofferenza, cioè occuparsi dell'ammalato e curare la sua malattia (che sono due cose a volte contrastanti, in tempi così rapidi da non avere la diagnosi prima di cominciare) e si pone poi il problema del sospendere la terapia. Però a questo punto noi possiamo fare ricorso allo **studio Eticus**, che ha riportato una percentuale di somministrazione di farmaci "letali" che è stato molto discusso, o **all'Eldicus** che è sulla **weak colding therapy** nell'anziano. Facendo riferimento all'iniezione letale, c'è un problema specifico: qualcuno ha mai visto cosa succede quando si toglie il tubo o si toglie il respiratore a un malato che è vivo perché ha il respiratore? Evidentemente qualcuno preferisce non fare questo passo, perché al medico costa troppo e sembra veramente atroce nei confronti del malato. Comprendo che non è la strada giusta, tutti lo diciamo che non è la strada giusta, ma se è un errore e se è fatto a questo scopo, è un errore probabilmente giustificabile.

### **FELICE ACHILLI:**

Scusandomi per le persone che avrebbero voluto continuare il dibattito (ma c'è un limite fisiologico), volevo ringraziare per la serata e chiuderla con tre annotazioni che mi hanno colpito e con tre avvisi più importanti. Le tre annotazioni sono queste: il tema della serata non era la ricerca (i cui dati appunto non sono ancora noti), ma ciò che nel bene e nel male la comunicazione, la notificazione, la pubblicizzazione di quei dati hanno in qualche modo messo alla ribalta; e il tema dell'incontro è l'esperienza che facciamo, e cioè, come l'ha definita bene il professor Gattinoni, quello che sta in mezzo fra l'abbandono e l'accanimento terapeutico. Non abbiamo un interesse di tipo intellettuale, ma siamo interessati alla nostra vita professionale, perché pensiamo e crediamo che dentro la coscienza della persona, del compito che ha, anche professionale, si

giochi tutto. Quindi il tema è l'esperienza umana e professionale che facciamo, che sta esattamente in mezzo fra gli estremi citati, perché nell'estremo si rende più evidente ciò che in realtà fa la norma. Questo è il motivo per cui l'Associazione ha pensato un incontro così. La seconda osservazione la dico non pensando di comunicare una verità, ma di dire un'esperienza. Penso che sia difficile accostarsi alla questione senza un realismo che innanzitutto è sulla struttura dell'uomo: ciò che è più dimenticato non è che moriamo, ma che pur morendo siamo fatti di una domanda di non finito. Il fattore che fa cambiare la morale non è infatti il riconoscimento del finito, ma il riconoscimento di questo strano miscuglio di finito e non finito e di domanda di non finire. Su questo si fonda il problema della verifica dell'esperienza e non è un problema religioso ma un problema di realismo rispetto a ciò che incontriamo nelle nostre giornate di lavoro. La terza osservazione è che mi ha colpito l'approccio che il professor Gattinoni ha avuto sulla questione, con quel tono un po' scanzonato, ironico, che è totalmente diverso dalla sufficienza. Penso sia fondamentale l'idea che abbiamo a che fare con un Mistero insondabile. Una posizione così ha un effetto immediato che quando si lavora si percepisce subito, e cioè che quando uno è così di fronte al reale sente l'altro medico, l'altro collaboratore, l'altro infermiere, l'altro politico, insomma l'altro, come uno che è con lui. Per reggere questa coscienza abbiamo bisogno di essere sostenuti; penso che un luogo così sia fondamentale. Vengo agli avvisi: Medicina e Persona sta su se ha i soci e se i soci rinnovano la quota: siamo ai minimi storici, e abbiamo fatto delle scelte rischiose, cioè abbiamo cercato di darci la possibilità di non dipendere, ma di costruirci gli eventi in cui crediamo in modo autonomo: questo ha chiesto investimenti. Vi prego di prendere in considerazione la possibilità di rinnovare la quota, che è l'unica forma con cui stiamo su come vita normale. Tenete conto che dal convegno di due anni fa abbiamo vissuto due anni. Secondo avviso: a giugno in Statale faremo il secondo Convegno Nazionale dal titolo *Limiti, risorse e nuove opportunità nella medicina*. L'idea è di approfondire il significato di queste tre parole, cioè limite, risorsa e opportunità dentro il livello dell'esperienza professionale, personale ma anche di sistema, cioè di giudicare il mondo in cui siamo. Per la prima volta ci saranno anche dei politici, sperando di riuscire a fare loro le domande che ci premono.