

LA MORTE ASSISTITA È SEMPRE PACIFICA?

La mancanza di dati significa che semplicemente non sappiamo

Manuela Callari

Manuela Callari è una giornalista scientifica freelance specializzata in salute umana e planetaria. Le sue parole sono state pubblicate su Medscape, The Medical Republic, Rare Disease Advisor, The Guardian, MIT Technology Review e altri.

<https://www.medscape.com/viewarticle/assisted-death-always-peaceful-lack-data-means-we-simply-2026a10003d7?ecd=a2a>

Pubblicato il 3 febbraio 2026 Aggiornato il 9 febbraio 2026

La scena era meticolosamente impostata per un addio finale e sereno. Familiari e amici si riunirono, fu versato champagne e un pianista suonava piano in sottofondo. In questo clima di profonda emozione, **Arjen Göbel, MD**, medico generico ad Amstelveen, Paesi Bassi, ha iniziato la procedura che avrebbe portato a una fine pianificata e pacifica della vita del suo paziente.

Seguendo il protocollo standard, iniziò iniettando un farmaco inducente il coma. La paziente di 48 anni con cancro al seno chiuse gli occhi e un profondo silenzio calò nella stanza mentre il suo respiro si faceva più superficiale.

Ma la quiete prevista non arrivò. La famiglia notò che il paziente continuava a respirare. Göbel, mantenendo una calma esteriore, lo notò anche lui.

Punti chiave dell'articolo

I farmaci per l'eutanasia/morte assistita sono off-label; nessun protocollo di uso letale approvato dall'EMA.

La supervisione olandese controlla le dovute cure e la conformità legale, non i livelli ematici o la qualità fisiologica della morte.

Le complicazioni segnalate includono insufficienza endovenosa, extravasazione, vomito, rigurgitazione, crisi epilettiche e ritardo della linea di confluenza.

La morte assistita orale può durare ore; Il vomito o l'assorbimento parziale possono prolungare confusione o la morte.

Il meccanismo della morte può includere depressione respiratoria + edema polmonare; Frequenza vera sconosciuta.

Poi, dal letto, la voce del paziente squarciò il silenzio. Aprì gli occhi, guardò direttamente il dottore e chiese: "Non c'è cosa di come si accende quello?" — "Sta succedendo qualcos'altro o cosa?"

Un'ondata fredda di panico strinse il petto di Göbel. Il momento di pace accuratamente costruito si era frantumato in un incubo assurdo. Corse verso la sua auto per prendere il kit di riserva e ripeté la procedura. Ma il paziente rimase sveglio e parlò.

Göbel chiamò un servizio di ambulanza mentre prendeva altri due kit di emergenza in una farmacia vicina. I paramedici lo aiutarono a iniettare il cocktail letale direttamente in una vena all'inguine, ma non successe nulla. Successivamente iniettarono la quarta dose nell'arteria del collo. Fu solo mezz'ora dopo, alle 18 — 4 ore dopo la prima iniezione — che morì definitivamente. L'addio pianificato e bellissimo era diventato una prova lunga e traumatica. "È stata la cosa peggiore della mia vita," ha detto Göbel a Medscape News Europe.

Ogni procedura medica comporta rischi intrinseci; La biologia è imprevedibile e possono sorgere complicazioni anche negli interventi più ordinari. Eppure, in quasi tutti gli altri campi della medicina, tali interventi sono sostenuti da rigorosi studi clinici, studi di dosaggio precisi e rigorosi approvazioni regolatorie. Nel contesto dell'eutanasia e del

suicidio assistito, tuttavia, questa rete di sicurezza è in gran parte assente. Nonostante la gravità dell'atto, la farmacologia di "una buona morte" soffre di una sorprendente mancanza di dati scientifici solidi.

Definizioni

L'eutanasia è la somministrazione intenzionale e diretta di una sostanza letale da parte di un medico per porre fine alla vita di un paziente su sua richiesta volontaria e porre fine a una sofferenza insopportabile.

La morte assistita è l'ingestione volontaria e autoamministrata di farmaci letali prescritti da un medico. Fondamentale, è il paziente, non il medico, a compiere l'atto finale e fatale.

In tutta Europa, i paesi stanno affrontando l'etica di aiutare i pazienti a porre fine alla loro vita, con una morte pacifica e indolore come obiettivo. Ma il sistema sanitario è davvero attrezzato per mantenere questa promessa? Una profonda mancanza di supervisione normativa e standardizzazione in tutto il continente ha portato a un mosaico di protocolli che si basano più sulla fiducia che sulle prove trasparenti.

La domanda centrale è: i pazienti che esercitano la loro autonomia ultima per porre fine alla loro vita non meritano lo stesso rigore clinico, standard di sicurezza e trasparenza scientifica di chi lotta per prolungarle?

Un patchwork di protocolli

I Paesi Bassi rappresentano il punto di riferimento mondiale per i protocolli di fine vita, essendo il primo paese a legalizzare l'eutanasia nel 2002, codificando una pratica già tollerata nel paese da decenni. Eppure, anche qui, la scienza è sorprendentemente informale.

Il dibattito sociale sull'eutanasia nacque quando, nel 1971, **Geertruida Postma** — medica di base a Noordwolde, un piccolo villaggio nella provincia settentrionale della Frisia — aiutò sua madre a morire con una dose di 200 mg di morfina iniettata direttamente in una vena. A 79 anni, la madre di Postma era costretta a letto in una casa di cura, aveva subito un'emorragia cerebrale, era sorda e parzialmente paralizzata, riusciva a malapena a parlare, aveva una polmonite e aveva già tentato il suicidio. La sua morte forse non avrebbe suscitato sospetti, ma per Postma, che aveva la reputazione di essere una donna di principi, informare il direttore della casa di cura, che a sua volta avisò l'ispettorato sanitario, portò a un'accusa che rischiava di condannare 12 anni di carcere.

Ma quando Postma fu processato nel 1973, altri medici firmarono una lettera aperta al Ministro della Giustizia affermando di aver commesso ciascuno lo stesso crimine almeno una volta. Duemila persone della città di Postma hanno firmato una dichiarazione a favore dell'eutanasia. Un gruppo di pazienti di Postma ha fondato l'Associazione Olandese per l'Eutanasia Volontaria (NVVE). Nel giro di pochi giorni, la fondazione contava più di 1000 membri e ora conta più di 177.000.

Il tribunale penale ha dichiarato Colpevole Postma, ma ha ordinato solo una condanna sospesa di 1 settimana e un anno di libertà vigilata.

La sentenza simbolica riconosceva l'immenso sostegno pubblico al suo atto di compassione, ha detto **Bert Keizer, MD**, geriatra in pensione ad Amsterdam, Paesi Bassi, a Medscape News Europe.

Tuttavia, molti medici dell'epoca erano ancora titubanti e vedevano l'eutanasia come una pratica spaventosa che non volevano nel loro cortile, ha detto **Annemieke Horikx**, MSc, farmacista presso la Royal Dutch Pharmacists Association (KNMP). Così, nel 1987, il KNMP creò lo Standaard Euthanatica per standardizzare i farmaci usati per porre fine alla vita di un paziente.

È stato solo intorno al 2010 — otto anni dopo l'introduzione ufficiale della legge olandese sulla terminazione della vita su richiesta e del suicidio assistito — che i medici si sono rivolti ai farmacisti per sviluppare una linea guida congiunta. Questa collaborazione ha portato al primo protocollo combinato nel 2012, con il suo ultimo aggiornamento importante nel 2021.

Oggi, lo standard olandese per l'eutanasia è un processo endovenoso (IV) in due fasi: una dose elevata di anestetico inducente al coma (tipicamente propofol) seguita da un bloccante neuromuscolare (di solito rocuronio) per paralizzare i muscoli respiratori. Spesso viene iniettata una piccola dose di lidocaina prima del processo per ridurre la sensazione di bruciore dell'anestetico.

Per decenni, il punto di riferimento per la fase di induzione coma-induzione dell'eutanasia è stato il tiopentale. Era rapido, affidabile e altamente concentrato e induceva rapidamente un coma profondo. Nel 2011, tuttavia, l'Unione Europea ha vietato l'esportazione di droghe usate per la pena capitale, incluso il tiopental. A seguito del divieto, i produttori ritirarono o controllarono rigorosamente le forniture per evitare associazioni con esecuzioni, rendendo il farmaco sempre più difficile da reperire. "Il tiopentalo è molto difficile da ottenere ora," disse Horikx.

Göbel, che ha effettuato decine di soggiorni di eutanasia nel corso della sua carriera, ha detto di essere "molto sicuro" che i pazienti non sperimentino l'edema polmonare come sofferenza consapevole.

"Il propofol annienta la coscienza corticale inducendo un coma profondo", ha detto **Federico Piffer, MD**, consulente in medicina respiratoria presso l'Unità di Pneumologia dell'Ospedale di Arco, Trento, Italia. "Anche se il corpo subisce traumi fisiologici come l'edema polmonare, il paziente è troppo profondamente anestetizzato per percepire qualsiasi sensazione di annegamento o fame d'aria. Muoiono di fatto sotto la stessa totale mancanza di sensibilità.

Lambermont ha concordato che una dose così elevata di anestetico dovrebbe garantire che il paziente sia profondamente anestetizzato quando si verifica depressione respiratoria o miocardica. Secondo Göbel, il paziente entra prima in coma profondo; Solo allora il respiro si ferma. E solo quando è completamente incosciente, viene somministrato il miorilassante, 150 mg di rocuronio.

Göbel aggiunge che, per esperienza, nove pazienti su dieci saranno già morti quando riceveranno l'iniezione di bloccante muscolare, il che riduce la paura che qualcuno possa essere paralizzato ma ancora cosciente e sofferente. "Quando il farmaco va dove dovrebbe, è molto prevedibile. Questa è la bellezza della cosa," ha detto. "Non ho mai visto nessuno soffrirne di questo; Al contrario, proprio il contrario. Tieni le mani dei tuoi figli, dei tuoi amati, e mentre parli, ti assopisci gradualmente e perdi conoscenza in circa 20, 30, 40 secondi."

Un po' di rassicurazione potrebbe arrivare dallo studio degli organi prelevati dopo l'eutanasia. Nei Paesi Bassi, in Belgio e in Canada, i pazienti sottoposti all'eutanasia possono scegliere di donare i propri organi. **Stephen Potts**, psichiatra consulente per i trapianti presso il Royal Infirmary di Edimburgo, a Edimburgo, Scozia, ha dichiarato che gli organi prelevati immediatamente dopo l'eutanasia, inclusi i polmoni, hanno mostrato "buoni risultati medici" nei riceventi. "È giusto dire che c'è molta incertezza sugli effetti potenzialmente tossici di [questi] farmaci, ma le incertezze sono più teoriche che emergere effettivamente nella pratica."

Frank Dor, MD, PhD, chirurgo trapiante presso Erasmus MC, Rotterdam, Paesi Bassi, ha detto a Medscape News Europe di non aver osservato danni agli organi. "La qualità degli organi è generalmente eccellente. In effetti, spesso sono migliori degli organi provenienti da donatori di morte cardiaca," ha detto. Dati recenti di una revisione sistematica suggeriscono che la donazione dopo l'eutanasia offre risultati paragonabili a quelli dopo la morte circolatoria, in particolare per il trapianto di polmoni e reni.

Tuttavia, i dati sul trapianto d'organo dopo l'eutanasia sono limitati. Ciò che esiste proviene da ambienti ospedalieri altamente controllati. L'idoneità degli organi al trapianto può suggerire che "una buona morte" sia fisiologicamente possibile, ma se l'eutanasia sia una fine indolore rimane un segreto sepolto con i pazienti fino a quando i dati non vengono raccolti sistematicamente. "Non abbiamo dati pubblici che descrivono come avviene la fine della vita, né per formulare un giudizio clinico sul perché e come accade," ha detto Camus.

Importa?

Per Sandra Andoulsi, una ballerina e artista di 31 anni a Parigi, in Francia, vivere con la sindrome di Ehlers-Danlos significa svegliarsi ogni mattina con un corpo che sembra smontarsi da solo. Quando il dolore è al culmine, il rischio teorico di una morte difficile appare astratto rispetto alla tortura concreta della sua esistenza quotidiana, ha detto Andoulsi, che sta contemplando l'eutanasia. "Quando stai annegando," disse, "non chiedi se la boa di salvataggio è fatta di gomma certificata. Basta prenderla."

Per chi vive una sofferenza insopportabile, la scatola nera del meccanismo di morte può essere accettabile purché offra il rilascio che desidera, ha detto **Iline Ceelen**, dottoranda all'Università Radboud di Nimega, Paesi Bassi, che studia la ritualizzazione dell'eutanasia nei Paesi Bassi, a Medscape News Europe. Ricorda un paziente che intervistò per la sua ricerca le cui braccia erano state mappate con le cicatrici dell'autolesionismo; ustioni e tagli inflitti per gestire il suo dolore interiore. A una donna che già vive all'inferno, ha detto Ceelen, la minaccia di 10 minuti di disagio durante la procedura è un prezzo trascurabile da pagare per la certezza della fine. "Se qualcuno le avesse detto 'potrebbe essere un inferno per 10 minuti', non avrebbe detto, 'Oh, no, no, va bene. Non lo farò.'"

Eppure Andoulsi si rifiuta di permettere al sistema sanitario di farla scorrere così facilmente. Pur ammettendo che sopporterebbe "10 minuti di inferno" se questo le garantisse la fine della sua sofferenza, risentiva che questa sia anche solo una scelta che potrebbe dover fare. Per Andoulsi, si tratta di un atto finale di fiducia in un sistema che l'ha ripetutamente delusa.

"Ho passato anni a combattere medici che non credevano al mio dolore, che mi facevano gaslighting, che mi dicevano che era tutto nella mia testa", ha detto. "Se finalmente vogliono aiutarmi a morire, il minimo indispensabile che mi aspetto è che abbiano fatto i

compiti. Dopo una vita di negligenza medica, non dovrei preoccuparmi che anche la mia morte sia negligente."

Göbel, Keizer, Horikx, Pleiter, Schuijt, Regnard, Warren, Camus, Cataldo, Lambermont, Piffer, Potts, Dor, Andoulsi e Ceelen hanno riferito di non avere relazioni finanziarie rilevanti.