

Ubaldo Camilotti

EUTANASIA: PERCHE'? PER CHI?

Liberi per Vivere e Amare la Vita fino alla fine



Padova
1

Ai malati ed ai sofferenti ai quali
non abbiamo saputo rivolgere
lo sguardo dei nostri occhi
della nostra mente
del nostro cuore

MIO FRATELLO

*Lungo un sentiero ripido e pietroso
incontrai un giorno una bambina
che recava sulla schiena il suo fratellino.
- Cara bambina, le dissi,
come fai a portare un carico così pesante?
Ella mi guardò e disse:
- Non è un carico,
signore, è mio fratello!
Restai interdetto. La parola di questa bambina
si è impressa nel mio cuore.
E quando il dolore degli Uomini mi opprime,
quando ogni coraggio mi abbandona,
la parola della bambina me lo ricorda:
“Non è un carico quanto stai portando,
è tuo fratello”.*

(dalla Prefazione del libro: “100 foto per difendere la libertà di stampa” - Sebastiao Salgado)

Introduzione

Ho ritenuto opportuno redigere il decimo aggiornamento di questa relazione, per il riaccendersi del dibattito sul fine vita dovuto, sia alla presentazione di una proposta di referendum abrogativo parziale dell' art. 579 del Codice Penale (omicidio del consenziente), dichiarata inammissibile dalla Corte Costituzionale il 15/2 scorso con sentenza 50/2022, sia alla presentazione in Parlamento di alcune proposte di legalizzazione del suicidio assistito.

Ho così integrato il precedente testo con tre paragrafi riguardanti la suddette proposta di referendum, la relativa storica sentenza di inammissibilità della Corte Costituzionale n 50/2022 e le proposte di legge sul suicidio assistito attualmente in discussione in Parlamento.

Mi auguro che anche con questo contributo si possa chiarire che il nostro obiettivo è solo quello di "accompagnare alla morte", non "dare la morte", in un atteggiamento di discernimento, apertura e dialogo ma anche senza "sindrome da predestinati alla sconfitta", o cercando ad ogni costo compromessi, come ha detto bene l' Arcivescovo di Milano Mons. Mario Delpini nel corso del dibattito "Il dibattito su eutanasia e suicidio assistito" tenutosi a Milano il 27/1/2022.

Ringrazio sinceramente il Dott. Sergio Trentanovi ed il Dott. Gio Batta Gottardi (Membri del Comitato di Etica per la Pratica Clinica Azienda ULSS 7 Pedemontana del Veneto), per il contributo fornito decisivo per far cogliere gli aspetti giuridici e bioetici connessi con il tema delicatissimo del fine vita, che ci vede impegnati- oggi più che mai -, a dare (come ho scritto nel presentare la prima versione di questa relazione) una concreta testimonianza che si ispiri ad un "umanesimo che abbraccia tutta la Vita e la Vita di tutti".

Padova, 6 marzo 2022

Ubaldo Camilotti

Introduzione alle precedenti relazioni

Ho esposto in questa relazione alcuni appunti, estratti da articoli, citazioni che nel corso di questi anni ho raccolto sull'eutanasia, uno dei temi principali affrontati dal Movimento per la Vita fin dall'inizio della sua attività e sul quale siamo chiamati sempre più spesso ad esprimerci.

Il dossier "Dolce morte o omicidio?", estratto da Sì alla Vita del maggio 2001 e riportato in appendice, integra e completa il contenuto della relazione e, con le sue domande ed altrettante risposte, aiuta a capire, come è scritto nella copertina, "le ragioni di una battaglia contro l'eutanasia che è battaglia contro la cultura del nulla, contro un'ideologia antiumana, contro i grandi interessi economici. In favore dell'uomo e dei suoi diritti".

Lasciando agli esperti di Medicina, Bioetica, Diritto, Morale, approfondire i molti aspetti specifici legati all'eutanasia, con questa relazione ho semplicemente voluto offrire alcuni spunti di riflessione e meditazione a tutti coloro che, credendo nella difesa e promozione della vita dal concepimento alla morte naturale, ne vogliono dare testimonianza in nome di quell'"umanesimo che abbraccia tutta la Vita e la Vita di tutti".

Padova, settembre 2002

Il "caso" di Terry Schiavo, la donna americana in "stato vegetativo persistente" conseguenza di un collasso avuto nel 1990, e morta il 31 marzo 2005 a 41 anni, dopo una lunghissima battaglia legale promossa dal marito che aveva chiesto di togliere il tubo che la alimentava, ha riproposto in tutta la sua drammaticità il tema dell'eutanasia.

Eppure quello di Terry Schiavo non è stato un caso di eutanasia, ma di omicidio. Terry è morta infatti per mancanza di acqua e cibo e la sua vicenda ha evidenziato l'urgenza di chiarire ancora una volta concetti e definizioni riguardanti l'eutanasia ma, soprattutto, ha evidenziato l'urgenza di un impegno culturale che riporti al centro l'uomo e la dignità della sua persona.

Questo impegno è ancora più urgente dopo l'entrata in vigore, nel 2002 in Olanda ed in Belgio, di Norme che legalizzano l'eutanasia e, nella sola Olanda, anche il suicidio assistito con conseguenze facilmente immaginabili sul piano della cultura e delle cure dei malati terminali.

Per questi motivi ho ritenuto opportuno aggiornare il testo pubblicato nel settembre del 2002, aggiungendo alcune note sulle leggi olandese e belga sopra citate, la definizione di stato vegetativo e le norme di comportamento con i malati in questo stato - riportando testualmente quanto detto in proposito da quello straordinario difensore della vita che è stato Giovanni Paolo II -, richiamando infine l'attenzione sull'importanza di un impegno culturale consistente nel ricordare l'intangibile valore della vita di ogni uomo.

In definitiva questa relazione vuole essere di stimolo ad una serena riflessione sul tema dell'eutanasia nella speranza che la Medicina ritorni ad essere dovunque, come è sempre stato, Scienza per la cura della malattia qualunque essa sia, mai strumento per la soppressione del malato, ma anche nella speranza che ognuno di noi sappia dare risposte concrete alla sofferenza dell'uomo evitando quella deriva culturale e sociale a cui inevitabilmente conduce l'eutanasia.

Padova, settembre 2005

La proposta di istituire il cosiddetto "testamento biologico", con la finalità dichiarata di evitare al termine della vita ogni forma di accanimento terapeutico, è stata l'ultima - per ora -, iniziativa dei fautori dell'eutanasia.

La risposta è immediata: il "testamento biologico" non serve perchè la Medicina ha oggi lo strumento per evitare ogni forma di accanimento terapeutico; questo strumento è costituito dalle cure palliative con le quali si può accompagnare il sofferente nell'ultimo tratto della sua vita senza alcuna forzatura.

Non mancano naturalmente seri motivi medici, giuridici e sociali per capire come il testamento biologico sia solo il tentativo di chi vuole introdurre negli ordinamenti l'eutanasia in nome di un inesistente "diritto a morire".

La rilevanza dell'argomento mi ha indotto ad aggiornare la presente relazione con una breve riflessione in merito.

Padova, settembre 2006

Gli ultimi mesi del 2006 sono stati caratterizzati dalla vicenda umana di Pier Giorgio Welby conclusasi il 21 dicembre con la sua morte. Quello di Welby è stato un "caso difficile" che solleva anzitutto molti dubbi ed interrogativi - primo tra tutti se fosse lecito staccare la spina del respiratore che da nove anni lo teneva in vita -, e che evidenzia, con tutta chiarezza, la strategia dei sostenitori del "diritto a morire": giungere presto ad una vera e propria legalizzazione dell'eutanasia.

Da qui l'esigenza di apportare alcuni aggiornamenti ed integrazioni a questa pubblicazione nella speranza di contribuire a chiarire i termini del dibattito e far sì che non si senta parlare solo di diritto alla morte, ma anche, e con maggiore energia, di diritto alla vita.

Padova, gennaio 2007

Ricorderemo l' anno che si sta concludendo, come l' anno di Eluana Englaro. Mentre scrivo queste note continuiamo a sperare che la incredibile autorizzazione della Magistratura di sospendere la sua alimentazione e idratazione non venga attuata.

Nel frattempo in Parlamento si sta riaprendo il dibattito per giungere in tempi brevi ad una legge sul fine vita. Noi auspichiamo che, senza inutili aperture al testamento biologico, la nuova norma, ribadendo l' intangibilità della vita anche nelle sue " frontiere estreme", sancisca in modo chiaro ed inequivoco l' obbligo della tutela della vita anche in condizioni di malattia inguaribile o di grande disabilità e, partendo dalle lettura dell'art. 32 della Costituzione nella sua autentica e completa interpretazione, abbia un' impostazione "assistenziale" e "solidaristica" guardando unicamente al malato ed ai suoi familiari.

Padova, dicembre 2008

In questa relazione si parla di "Fine Vita", tema attuale quanto delicato.

Se ne parla ormai sempre più spesso sull' onda emotiva di casi di gravi sofferenze che grazie ai mezzi della comunicazione sociale sono entrati nelle nostre case e soprattutto nelle nostre coscienze. Se ne parla facendo spesso confusione senza mai dire fino in fondo la verità o chiarire bene i termini del problema.

E stato così con: Terry Schiavo (donna che dopo aver vissuto per 16 anni in stato vegetativo, è morta per sospensione di alimentazione ed idratazione il 31/3/2005) con Pier Giorgio Welby (ammalato di Sla morto dopo 9 anni dall' inizio della malattia per il distacco del respiratore che lo teneva in vita il 21/12/2006) ; con Eluana Englaro (in stato vegetativo dal 1992) morta per sospensione di alimentazione ed idratazione il 9/2/2009.

Sul Fine Vita è bene riflettere con pacatezza cercando, per quanto possibile di non farsi coinvolgere dalle emozioni ed esponendo con la massima chiarezza il proprio pensiero, aperti al dialogo e senza esprimere giudizi nei confronti delle persone.

Padova, 6 gennaio 2011

La ripresa del dibattito sul tema dell' eutanasia in Italia, l' aumento del numero di Paesi che hanno legalizzato "la dolce morte", ed il previsto rapido incremento di morti per eutanasia in Olanda e Belgio, mi hanno indotto ad un nuovo aggiornamento di questa relazione il cui schema resta inalterato.

Mi sono infatti limitato ad approfondire ed ampliare solo alcuni paragrafi con nuove citazioni riguardanti in particolare l' aspetto - a mio avviso più delicato -, relativo alla sussistenza o meno del "diritto a morire". Ho aggiunto ulteriori riflessioni sul "caso Welby" ed inserito un commento sulla morte del Cardinal Martini.

Infine ho riportato lo stralcio di un intervento di Mario Melazzini sulla "terapia della speranza". E' un appello ad ognuno di noi a non lasciar soli gli ammalati ricordando che è la solitudine ad accrescere la sofferenza ed a far venir meno la speranza che mai deve abbandonare l' uomo; in particolare nei momenti più difficili della sua vita quando è più forte il bisogno di solidarietà.

Prima dell' indice ho trascritto le introduzioni alle precedenti sei versioni di questa relazione per ripercorrere il cammino che mi ha indotto a scrivere quello che considero solo uno strumento per stimolare la riflessione sul tema dell' eutanasia che a mio avviso, più di ogni altro, dovrebbe interpellare la nostra coscienza e far emergere la verità sulla vita respingendo la tentazione di chi, di fronte ai grandi temi che riguardano il rispetto e la promozione della vita (aborto, ingegneria genetica, eutanasia), ritiene che sia compito degli "altri" dare una risposta.

Come tanti di noi, anch'io ho un sogno. Sogno, come ha scritto il Prof. Francesco D' Agostino, che la vita sia considerata da tutti il presupposto di ogni valore, un bene che ci è stato dato gratuitamente e che nessuno è mai stato in grado di darsi da sé. Difendendola, anche nelle sue "frontiere estreme", non difendiamo un particolare sistema socio-economico o socio-culturale, difendiamo il bene umano primario, bene di tutti e per tutti.

Con la forza della nostra ragione, della nostra parola e del nostro esempio sappiamo essere tutti comunicatori di Vita, ricordando che comunicare non vuol dire solo trasmettere, ma anche incontrare, accogliere, condividere.

Padova, 15 gennaio 2017

Il 14 dicembre scorso il Senato ha approvato in via definitiva, e senza apportare le modifiche da molti auspiccate, le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (DAT).

Questa circostanza, e il ripetersi di suicidi assistiti di persone gravemente malate, mi hanno indotto ad un nuovo aggiornamento di questa relazione.

Ho così aggiunto un breve commento critico alla legge sulle DAT che ho voluto concludere con l' invito, rivolto a tutti, non solo ad uno sforzo interpretativo conforme alla lettera della Legge finalizzato a ridurre gli effetti negativi, ma soprattutto ad un rinnovato impegno etico-culturale perché attorno ai temi come il fine vita, si crei un nuovo clima nel quale sia più facile rivolgere il nostro sguardo ai sofferenti realizzando iniziative di sostegno e di cura per loro e per le loro famiglie.

Ho voluto in questo modo condividere la riflessione di Maurizio Calipari pubblicata sul Notiziario del SIR (Servizio di Informazione Religiosa) del 14/10/2017. Il giornalista, alla notizia del suicidio assistito di Loris Bertocco (un uomo di 59 anni, paralizzato da 40 e cieco da 15 anni, che prima di morire ha lamentato la mancanza di una adeguata assistenza, indicando in questo la vera causa del suo gesto disperato), si rivolge a lui dicendogli che: "dolore sincero e infinita tristezza ...non bastano. Piuttosto ci inchioda alle nostre responsabilità il tuo grido di aiuto rimasto inascoltato, il tuo bisogno di solidarietà fattiva che non ha trovato adeguata risposta nella comunità civica. Oggi comprendiamo lucidamente che bisognava fare di più nei tuoi confronti, che bisogna fare di più per chi si trova in condizioni simili alle tue. Perdonaci Loris soprattutto per l'amore che non hai ricevuto, che non siamo stati capaci di donarti, che di fatto ti abbiamo negato. Tutti. Politica, istituzioni, comunità, singoli."

Nel riproporre questa testimonianza esprimo il desiderio che il grido di aiuto delle persone che hanno scelto di porre fine alla loro vita risvegli la nostra responsabilità a fare di più, a mettere in atto quella che Mario Melazzini chiama "terapia della Speranza", speranza dell' incontro con "un altro", speranza che al dolore si risponda con la solidarietà.

Ringrazio Mons. Renzo Pegoraro, Cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita, e l' amico ex Magistrato Dott. Sergio Trentanovi per i preziosi consigli.

Padova, 3 marzo 2018

Il 22 novembre scorso è stata pubblicata la sentenza 242/2019 con la quale la Corte Costituzionale ha esposto le conclusioni in merito alle questioni sollevate dalla Corte di Assise di Milano, riguardanti il suicidio di Fabiano Antoniani (Dj Fabo) assistito da Marco Cappato.

Questa circostanza e l' accendersi del dibattito sulla Legge 219/2017: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (DAT), mi hanno indotto ad integrare la presente relazione nella speranza che possa contribuire ad un sereno dibattito sul tema del "fine vita".

Al di là di ogni considerazione in merito alle possibilità della Corte di "sostituirsi" in parte al Legislatore nell' indicare le condizioni specifiche nelle quali non è punibile il suicidio assistito, io credo che, in merito, sia molto più utile e costruttivo cercare di sottolineare gli aspetti positivi, che l' evolversi delle norme hanno evidenziato, anziché limitarsi a citare errori o a lamentare carenze sia della stessa sentenza che della Legge 219/2017.

Tra gli aspetti positivi, espressamente ribaditi dalla stessa Corte Costituzionale ricordo il carattere fondamentale del "diritto alla vita", presupposto di ogni altro diritto, e l' inesistenza di "un diritto a morire".

Circa un nuovo intervento legislativo, cui la sentenza della Consulta fa riferimento - per altro limitatamente all' aspetto generale -, e che è da molti auspicato, ritengo che in questo momento sia opportuno solo un intervento limitato del Legislatore, entro i limiti previsti dalla sentenza, formalizzando le procedure di accertamento dei requisiti di non punibilità del suicidio assistito solo nei casi espressamente previsti.

Ma ciò che resta, a mio avviso, l' impegno più importante è "la cura" e "l' accompagnamento" del malato, specie se terminale, dando piena attuazione alla Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l' accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e all' Art. 2 della Legge 219/2017.

Ma serve anche un coordinamento delle molte Associazioni di Volontariato operanti nell' ambito della assistenza dei malati perché, "incontrando" il malato e la sua famiglia, si dia al dolore ed alla sofferenza fisica una risposta di solidarietà.

Ringrazio l' amico Dott. Sergio Trentanovi per i consigli e l' assistenza nella lettura dei testi a contenuto giuridico.
Padova, 6 gennaio 2020

INDICE

Introduzione	Pag. 7
1-Premessa	Pag. 13
2- Cosa si intende per eutanasia	Pag. 17
3- Eutanasia e cultura	Pag. 21
<ul style="list-style-type: none"> • Eutanasia e libertà • Eutanasia gesto di amore? • La dignità dell' uomo 	Pag. 21 Pag. 23 Pag. 24
4- Che fare?	Pag. 25
4.1 Il coraggio della chiarezza	Pag. 25
<ul style="list-style-type: none"> • Chi chiede di morire • Definizione di morte • Accanimento terapeutico e cure palliative • Come comportarsi con gli ammalati in “stato vegetativo” • Esiste un diritto a morire? • Il testamento biologico • Il “caso” Welby • Il “caso” Englaro e la richiesta di una legge sul fine vita • La morte del Cardinal Martini • La Legge 219/2017 sul Consenso informato e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento • La sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio assistito • Richiesta di referendum abrogativo parziale dell' art. 579 CP promosso dal Comitato “per l'eutanasia legale” • La sentenza n.50/2022 della Corte Costituzionale sulla suddetta richiesta di referendum • Ipotesi di interventi normativi e limiti 	Pag. 26 Pag. 27 Pag. 27 Pag. 30 Pag. 32 Pag. 35 Pag. 37 Pag. 40 Pag. 43 Pag. 44 Pag. 48 Pag. 50 Pag. 54 Pag. 56
4.2 Riscoprire il significato della sofferenza	Pag. 64
4.3 La risposta alla sofferenza	Pag. 67
<ul style="list-style-type: none"> • Impegno culturale • Assistenza ai sofferenti <ul style="list-style-type: none"> - La risposta della Scienza : i Centri di terapia del dolore - La risposta della Società civile : la solidarietà con il sofferente e con la famiglia – I Centri di solidarietà con il sofferente 	Pag. 68 Pag. 69
5- Conclusione	Pag. 71
Appendice:	Pag. 75
- “Dolce morte o Omicidio?” - Domande sull'Eutanasia	

1-PREMESSA

Non provo imbarazzo a parlare di un tema che, a prima vista, potrebbe essere considerato di esclusiva competenza di Medici, Giuristi, Moralisti.

Mi “abilita” a parlare di eutanasia il semplice fatto di essere un uomo che ama la Vita, la Vita senza aggettivi, e di aver fatto del volontariato nel Movimento per la Vita, una ragione della mia esistenza.

Ma, soprattutto, mi stimola a parlare la considerazione che pochi argomenti, come l’ eutanasia, fanno cogliere in tutta la loro chiarezza l’ importanza ed il significato di un impegno culturale finalizzato a far comprendere che *“la Vita è insieme il primo e l’ ultimo valore”*, che *“la Vita è un dono”*, che procurare la morte ad un vivente significa andare contro la sua stessa natura.

Io credo che questa verità sulla Vita sia scritta nel cuore di ogni uomo e che compito del “Volontariato per la Vita”, e di tutti coloro che credono in questa verità, sia quello di farla emergere dalla coscienza di ognuno di noi.

Ciò esige un impegno di tutti e quindi anche mio personale; ed eccomi quindi a riflettere e meditare su un tema tanto delicato e difficile, ma anche attuale che personalmente provoca in me preoccupazione, inquietudine e soprattutto una profonda tristezza perchè denota l’ incapacità della nostra Società di dare al problema della sofferenza risposte degne dell’ uomo.

C’è da dire anzitutto che il problema dell’ eutanasia è latente da molto tempo e che i suoi fautori non perdono occasione per riproporne la legalizzazione in forme piu’ o meno esplicite, ma senza mai dire fino in fondo la verità o chiarire bene i termini del problema, come la tragica conclusione della vicenda di Terry Schiavo, di Pier Giorgio Welby e di Eluana Englaro hanno dimostrato.

Un’ occasione per parlarne è stato, negli ultimi anni, il dibattito che ha portato, nel corso del 2002, alla legalizzazione dell’ eutanasia e del suicidio assistito in Olanda¹

¹Riportiamo una breve sintesi delle due leggi citate.

Legge Olandese: “ *Riforma delle procedure per porre fine alla vita su richiesta e per suicidio assistito e degli emendamenti al codice penale e alla legge su cremazione e sepoltura*” (Legge n. 137- Anno parlamentare 2000-2001-26691 in vigore dall’ 1/4/2002). Nel preambolo della legge si dice testualmente “...abbiamo considerato includere una norma per l’ esenzione dalla responsabilità criminale per i medici che con l’ osservanza dovuta dei requisiti della cura necessaria rischiano di essere perseguiti dalla legge per aver posto fine ad una vita su richiesta o per aver assistito nel suicidio un’ altra persona, e di provvedere ad una notifica di legge e ad una riforma delle procedure.” La Legge olandese, la cui finalità è sostanzialmente la “non punibilità” dei medici che da tempo praticavano l’ eutanasia, prevede quanto segue: il medico che pratica l’ eutanasia deve avere la piena convinzione che la richiesta del paziente è volontaria e ben ponderata, che le sofferenze del paziente sono resistenti a terapie e insuperabili, che il paziente ha la convinzione che non c’ è altra ragionevole soluzione circa la propria situazione. Il medico deve inoltre consultare un altro medico che ha visitato il paziente e dato il suo parere scritto sui requisiti del trattamento e deve porre fine alla vita dell’ assistito o ad un suicidio con le dovute attenzioni.

Se il paziente con età superiore a 16 anni non è capace di esprimere la sua volontà è sufficiente che abbia fatto tale richiesta in un testamento scritto; se il minore ha un’ età compresa tra 16 e 18 anni i genitori devono essere “coinvolti” nel processo decisionale; se l’ età è compresa tra i 12 e 16 anni i genitori o i parenti devono essere d’ accordo nel praticare l’ eutanasia.

Legge Belga (Legge n. 1488/001 in vigore dal 23/9/2002).

(estendibile di fatto anche ai casi di demenza ed a minori con età superiore a 12 anni), e della sola eutanasia anche in Belgio. Olanda e Belgio sono i primi Paesi al mondo dove è stata approvata dal Parlamento nazionale una legge in materia di eutanasia.

La legge è entrata in vigore in Olanda l'1 aprile 2002 ed in Belgio il 23 settembre dello stesso anno e la stampa ne ha dato ampio risalto. Nessuno però ha pubblicizzato quanto il Prof. Francesco D' Agostino ha riferito nel corso del Convegno "*Essere e non essere – Eutanasia e Bioetica*" tenutosi a Padova il 24/5/2002 relativamente alla legge olandese, ovvero la notizia riportata da una rivista olandese secondo cui 1/3 dei pazienti sottoposti ad eutanasia era "malato di mente", altri erano sani ma non in grado di decidere, un anziano, solo ma non ammalato, è stato fatto morire, ed un tribunale chiamato a verificare la condotta del medico, non ha riscontrato violazioni di Norme.

In questi anni, come previsto, vi è stata una vera e propria *escalation* delle richieste di eutanasia.

Il 13 febbraio 2014 il Parlamento belga ha approvato una legge che consente l' eutanasia anche ai minori senza limite d'età.

Nella Legge Belga, l' eutanasia è definita "un atto, ad opera di una terza persona, avente lo scopo di porre fine alla vita di una persona che ha richiesto questo atto". Solo un medico può praticare l' eutanasia. Il medico non commette delitto, se è certo che: la richiesta è formulata da un paziente adulto o minore emancipato, il paziente ha la piena capacità legale ed è cosciente, la richiesta è volontaria, ben considerata e ripetuta, il paziente è affetto da dolore intollerabile e costante, fisico o psichico, o sofferente per una malattia o un incidente, la persona non può essere curata.

Inoltre il paziente deve essere informato sul suo stato di salute e sulla sua aspettativa di vita. Il medico deve discutere con il paziente sulle possibili terapie, trattamenti palliativi e relative conseguenze. Il medico deve essere certo che non ci siano altre ragionevoli soluzioni e che la richiesta del paziente sia basata sulla sua volontà. Il medico deve essere certo della grave sofferenza fisica e psichica del paziente. Un altro medico deve essere consultato sulla inguaribilità della malattia ed il paziente deve essere informato sull' esito del consulto. La richiesta deve essere discussa anche con gli infermieri e con i parenti del malato se questi lo richiedono. Se il paziente non muore entro un dato tempo, il medico deve consultare un altro medico specialista della malattia o uno psichiatra. Anche questo medico deve assicurarsi della inguaribilità della malattia e della intollerabilità dei dolori e della ripetuta richiesta del paziente di sottoporsi ad eutanasia. Il paziente deve essere informato del consulto. La richiesta di eutanasia deve essere scritta. Se il paziente non è in grado di scrivere, lo può fare una persona di sua fiducia che non tragga vantaggi materiali dalla morte del paziente e che sia assistita dal medico. La richiesta può essere ritirata in qualsiasi momento. E' permesso praticare l' eutanasia a pazienti che non siano in grado di esprimere la loro volontà purchè vi sia una richiesta scritta non anteriore di più di cinque anni. La legge prevede una procedura per la trasmissione degli atti ad una Commissione che deve fare rapporto al Parlamento ogni anno. Nessun medico può essere obbligato a praticare l' eutanasia o a prendervi parte.

- Per una analisi più approfondita delle Leggi sulla legalizzazione dell' eutanasia in Olanda e Belgio si rinvia alla lettura del testo "*Eutanasia tra bioetica e diritto*" di Elisabetta de Sepstis (Ed. Messaggero Padova-2008).

Come giustamente ha scritto Padre Gian Paolo Salvini S.I. nella Civiltà Cattolica n. 3930 del marzo 2014, “La legge (belga) si inserisce in un cammino iniziato da tempo e ne costituisce soltanto un ulteriore passo, a nostro avviso, allarmante e doloroso”. Infatti dopo l’ Olanda e Belgio sono molti i Paesi che hanno approvato leggi analoghe anche se con contenuti e modalità diverse .

Come si vede nei grafici riportati nella pagina seguente ², negli ultimi dieci anni, i casi di eutanasia si sono quasi triplicati in Belgio e più che raddoppiati in Olanda.

In Belgio anche le dichiarazioni anticipate di volontà sono aumentate vertiginosamente, passando dalle 12.278 dichiarazioni nel 2012, alle 20.414 nel 2013 alle 24.360 nel 2014.

Nelle sole Fiandre, la percentuale di morti per eutanasia, sul totale dei decessi, è passata dall’ 1,9% nel 2007, al 4,6% nel 2013. Le richieste di eutanasia approvate sono passate dal 55% del totale nel 2007, al 77% del totale nel 2013³.

In Olanda una recente revisione dei casi di morte procurata per problemi psichici ha svelato che più della metà dei malati era vittima di solitudine e isolamento sociale. Come ricordato dal Prof. Gian Luigi Gigli in un articolo di Avvenire del 18 febbraio 2016 : “*In soli 4 anni, dal 2011 al 2014, in Olanda è stata posta fine alla vita di 110 pazienti psichici ed il trend è in aumento*”. Sono state perfino organizzate “unità mobili”, ovvero equipe composte da medico ed infermiera per portare il “servizio eutanasiaco” a quei pazienti il cui medico ha rifiutato la richiesta di eutanasia.

Anche in Olanda, le morti per eutanasia sono aumentate nel tempo. Nel 2012 sono state il 3,3 % del totale dei decessi, il triplo delle morti per eutanasia avvenute nel 2002 anno di entrata in vigore della legge. Sempre in Olanda la definizione di *sofferenza insopportabile* si sta ampliando ogni anno ⁴.

Come se non bastasse, sempre in Olanda, è stata recentemente avanzata una nuova proposta di legge. Mettere a disposizione - legalmente e senza traumi -, per chi si sente arrivato al capolinea della sua vita una miscela di farmaci mortali. La chiamano: *morte dignitosa*.

Chiarissime in merito le parole della direttrice dell’ Istituto Europeo di Bioetica di Bruxelles Carine Brochier pronunciate al Convegno “*Verso l’ eutanasia o verso la cura?*” (Venezia - Sede della Facoltà di Diritto Canonico S. Pio X di Venezia- 29 novembre 2019) : “*Una volta legalizzata l’ eutanasia si espande a sempre più situazioni. Penso a due gemelli che hanno ottenuto l’ eutanasia perché sordi, o all’ anziano che ha scelto di morire con la moglie malata per non rimanere vedovo.*”

Io credo che quando si parla di eutanasia sia anzitutto doveroso intenderci sul significato di questa parola.

² Dati Ufficiali.

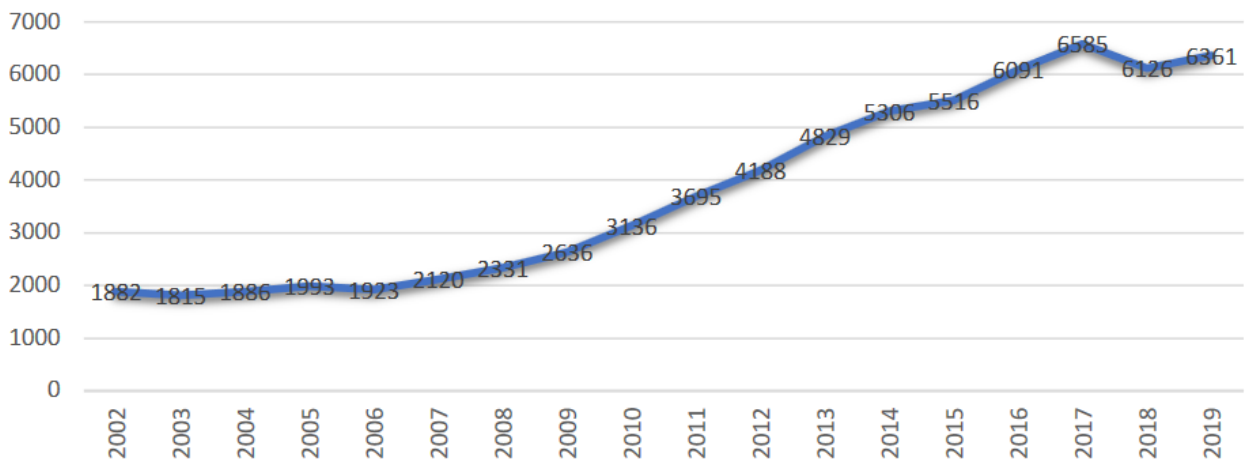
³ Vedi : <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2426425?redirect=true> “Eutanasia in Belgio e Olanda su una china pericolosa?” Arthur L. Caplan e altri.

⁴ Vedi articolo citato in nota 3

NOMBRE D'EUTHANASIES DÉCLARÉES EN BELGIQUE



Evolution du nombre d'euthanasies aux Pays-Bas



2-COSA SI INTENDE PER EUTANASIA

Cerchiamo quindi di capire cosa significa la parola eutanasia.

La parola eutanasia ha assunto con il passare del tempo significati diversi. Si è passati dal significato di “*dolce morte*” (fino al ‘700) a quello di “*azione che provoca una morte dolce*” (‘800) a quello attuale di “*uccisione intenzionale attuata con metodi indolori per pietà*”.

Chiarito il significato della parola “eutanasia”, cerchiamo di fare chiarezza sui molti aspetti legati all’ eutanasia. Lo faccio citando quasi testualmente l’ articolo “*A proposito di eutanasia e diritto a morire*” pubblicato nella rivista “La Civiltà Cattolica” n. 3646 del maggio 2002.

Rileviamo in primo luogo, che non c’ è una doppia eutanasia - attiva e passiva- come molti ritengono, ma di fatto una sola: **l’ eutanasia attiva**.

Essa si realizza nel caso di una persona che sia morente o affetta da un male che la condurrà necessariamente e in breve o brevissimo tempo alla morte. Perciò non si può parlare di eutanasia nel caso di una persona che non sia morente oppure sia affetta da una malattia che, per quanto dolorosa, non la conduca necessariamente e rapidamente alla morte.

Secondo la definizione data dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nella Relazione al Presidente del Consiglio (14/7/1995) – che a me pare chiara ed esauriente -, **l’ eutanasia consiste nell’ uccisione “diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta”**; in altri termini essa consiste nel mettere in atto, intenzionalmente e volontariamente, azioni o omissioni che causano direttamente la morte di un paziente che si trovi nello stadio terminale della malattia di cui è affetto e che abbia chiesto o chieda di morire. Quindi affinché si possa parlare di eutanasia, devono sussistere, secondo il CNB, le seguenti quattro condizioni:

1. che alla persona in stato di malattia terminale **si procuri direttamente la morte o con atto positivo** - somministrando, per esempio, un farmaco letale o praticandole un’ iniezione che la uccida-, **o con atto omissivo, facendole mancare ciò che è necessario per vivere**, per esempio facendole mancare il nutrimento;
- 2 che l’ atto positivo o omissivo sia compiuto volontariamente e con l’ intenzione di causare la morte della persona in stato di malattia terminale;
3. che la persona su cui praticare l’ eutanasia sia morente o in stato di malattia terminale in condizioni di grave sofferenza e dunque che la sua morte sia certa, vicina o imminente (l’ uccisione di una persona che non sia in questo stato è propriamente un omicidio);
4. che la persona affetta da malattia terminale **faccia richiesta che si pratici su di lei l’ eutanasia** (se manca tale richiesta o se questa non sia stata fatta precedentemente in maniera certa e chiara, toglierle la vita sarebbe non eutanasia, ma omicidio).

Così definita l' eutanasia è una forma di omicidio, tenendo presente però che l' omicidio ha un' accezione più ampia dell' eutanasia: così, nel caso che si lasci morire per mancanza di nutrimento un bambino nato malformato o con un grave handicap fisico o mentale, o un malato in stato vegetativo come definito nel successivo § 4.1, non si deve parlare - come alcuni fanno - di eutanasia, ma di **omicidio deliberato e intenzionale per pietà** (come nel caso di Eluana Englaro) ovvero di **omicidio su richiesta** (come nel caso di Pier Giorgio Welby).

Neppure si deve parlare di eutanasia nel caso di **suicidio assistito**, il quale consiste nella richiesta, che una persona gravemente malata (ma non necessariamente prossima alla morte) fa, in piena coscienza e in stato di lucidità mentale al medico o a un parente o a un amico di procurarle un farmaco che, da essa assunto, le dia la morte.

La differenza dall' eutanasia sta nel fatto che è la persona stessa che si procura la morte ingerendo un farmaco mortale che un' altra persona le ha procurato: si tratta cioè di un suicidio, sia pure "assistito", a cui ha contribuito un' altra persona, non di un omicidio, come l' atto positivo o omissivo eutanastico, compiuto da un' altra persona, sia pure su richiesta della persona malata.

Ho riepilogato questi concetti e definizioni nella Tabella sinottica, riportata nella pagina seguente.

Va chiarito infine, come diffusamente illustrato al § 10 dell' Appendice rispondendo alla domanda "*ma come si fa ad iniziare obbligatoriamente una cura ad uno che non la vuole?*", che se un malato è lucido e non vuole sottoporsi a cure decisive a mantenerlo in vita, non è possibile imporgliele. Infatti il diritto alla salute non significa né curarsi ad ogni costo, né possibilità per i medici di curare anche contro la volontà dei pazienti.

In questo caso evidentemente non si può parlare di eutanasia, né di omicidio per pietà o su richiesta, per il semplice motivo che manca, da parte di chi assiste il malato, l' intenzione di causare la sua morte ⁵.

Come chiarito da Marina Casini⁶, il rifiuto delle cure si inserisce nella relazione fra il paziente ed il medico, è informato (nel senso che il paziente dispone di tutte le informazioni necessarie per potere prendere una decisione), ed è circostanziato, ovvero è calibrato su una situazione e su un intervento reale e concreto. In questo senso il rifiuto delle cure, che potremmo definire *rifiuto attuale*, non ha nulla a che vedere – come spiegheremo parlando di testamento biologico -, con il *rifiuto anticipato*, e trova la sua legittimità nel fatto che l' ordinamento non prevede l' obbligo giuridico di curarsi.

⁵ Circa il rifiuto delle cure si deve ricordare che, se è vero che ai sensi del 2° comma dell' Art. 32 della Costituzione è legittimo il rifiuto delle cure anche salvavita, è anche vero che tale disposizione è stata inserita nel testo per evitare, dopo gli orrori della Guerra, esperimenti e/o trattamenti sanitari non voluti dal paziente.

Resta il dovere morale/sociale di curarsi e non si può certo dedurre un inesistente diritto a morire, da una norma inserita nel Titolo II della Costituzione (Rapporti etico-sociali) per assicurare il massimo impegno possibile a tutelare la salute e quindi la vita delle persone.

⁶ Vedi "Il Testamento biologico e la rinuncia anticipata a vivere: aspetti Giuridici" – I Quaderni di Scienza e Vita :?1 Né accanimento terapeutico, né eutanasia"

Va da sé che quando dal rifiuto del trattamento sanitario consegue in tempo breve la morte del malato, la richiesta – che per essere accolta richiedesse l' intervento diretto di una terza persona - non può essere presa in considerazione. Infatti in questo caso prevale sull' aspetto legale (che vorrebbe rispettata la volontà del malato), l' aspetto etico che impone al medico di non causare direttamente la morte in conformità al dettato del codice deontologico e nel rispetto del buon senso comune che vede e sente la vita prevalere sempre sulla morte.

In altre parole la “revoca del consenso” non può essere accompagnata dall' intervento di una terza persona che provoca direttamente la morte. E' questo “fare” che non può essere accettato. C'è infatti una grande differenza tra: la revoca del consenso - ad esempio -, alla dialisi, e la revoca al consenso dell' uso del respiratore da parte di un malato come Pier Giorgio Welby. Nel primo caso ci si lascia morire coscientemente senza l' intervento di nessuno, nel secondo caso è indispensabile l' intervento di una terza persona⁷.

⁷ Il Codice di deontologia medica del 18 maggio 2014 prevede all' Art. 17 (Atti finalizzati a provocare la morte): “ Il medico , anche su richiesta del paziente, non dev effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”.

Tabella sinottica

	<u>1</u> Atto diretto attivo o omissivo che procura la morte da parte di terza persona	<u>1'</u> Atto diretto attivo o omissivo che procura la morte da parte di terza persona ma con assunzione del farmaco da parte del sofferente	<u>2</u> Atto volontario con intenzione di far morire	<u>3</u> Malato terminale in condizione di grave sofferenza	<u>3'</u> Sofferente non terminale	<u>4</u> Su richiesta del sofferente	Esempi
A- EUTANASIA	*		*	*		*	
B- SUICIDIO ASSISTITO							
B.1		*	*	*		*	Vedi film "Invasioni barbariche"
B.2		*	*		*	*	Vedi film "Mare dentro"
C-OMICIDIO PER PIETA' O SU RICHIESTA							
C.1	*		*		*		Terry Schiavo-Eluana Englaro

NB:

- Secondo la definizione del CNB si ha Eutanasia nel caso sussistano le 4 condizioni : 1 – 2 – 3 - 4
- Si ha Suicidio Assistito nel caso sussistano le 4 condizioni : 1' - 2 - 3 o 3' – 4
- I casi di Terry Schiavo e Eluana Englaro non possono definirsi di eutanasia mancando la condizione 3, né di suicidio assistito mancando la condizione 1'

3-EUTANASIA E CULTURA

Io non ho dubbi nel ritenere che l' eutanasia così come l' abbiamo definita, il suicidio assistito e l' omicidio su richiesta o per pietà, siano figli della cultura moderna. Una cultura intrisa di *utilitarismo, consumismo, materialismo, soggettivismo*. Una cultura per la quale non è importante essere, ma avere; per la quale non è importante vivere, ma vivere bene. Come ha scritto il Cardinal Martini in occasione della VIII Giornata per la Vita del 2/2/1986, per questa cultura: *“La Vita sarebbe apprezzabile nella misura in cui è connotata da benessere, cioè da quello stato fisico-psicologico di soddisfazione, procurato mediante oggetti e prestazioni messe a disposizione dal sistema economico, scientifico, sanitario”*.

Per questo tipo di cultura sotto un certo livello di confort non avrebbe più senso vivere.

In proposito Giovanni Paolo II nell' enciclica *Evangelium vitae* (§. 64) dice:

*“Oggi (...) in un contesto culturale spesso chiuso alla trascendenza, l'esperienza del morire si presenta con alcune caratteristiche nuove. Infatti, quando prevale la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, la sofferenza appare come uno scacco insopportabile, di cui occorre liberarsi ad ogni costo. La morte, considerata “assurda” se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una “liberazione rivendicata” quando l' esistenza è ritenuta ormai priva di senso perchè immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un' ulteriore più acuta sofferenza (...). E', in particolare, l' uomo che vive nei Paesi sviluppati a comportarsi così: egli si sente spinto a ciò anche dai continui progressi della medicina e dalle sue tecniche sempre più avanzate (...). In un tale contesto si fa sempre più forte la tentazione dell' eutanasia, cioè di **impadronirsi della morte, procurandola in anticipo**, e ponendo così fine “dolcemente” alla vita propria o altrui (...). Siamo qui di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della “cultura di morte” che avanza soprattutto nelle società del benessere, caratterizzate da una mentalità efficientistica che fa apparire troppo oneroso e insopportabile il numero crescente delle persone anziane e debilitate. Esse vengono molto spesso isolate dalla famiglia e dalla società, organizzate quasi esclusivamente sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più alcun valore”*.

Eutanasia e libertà

In questo contesto culturale, molti sostengono che l' eutanasia è una questione di libertà. Ma non è vero. Rinvio, per un approfondimento di questo aspetto a quanto esposto al § 5 dell' Appendice rispondendo alla domanda *“ma se uno vuole morire, perchè impedirglielo? non si deve rispettare la libertà degli altri?”* e mi limito a ricordare che nessuno accetta come libertà la decisione di uccidersi di un giovane

sano e bello, tanto che, se qualcuno impedisce il gesto suicida di un tale giovane, non viene certo accusato di aver violato l' altrui libertà commettendo il "delitto di violenza privata".

D' altro canto è difficile sostenere che un malato gravemente sofferente sia libero. Certamente lo è di meno di un giovane che tentasse il suicidio. Le sue condizioni non rendono "valida" la sua richiesta. Come non sarebbe valido il contratto di chi, in condizioni di estrema povertà, decidesse di "vendere" la sua libertà.

Ciò che disturba, in realtà, è la vista della sofferenza o meglio la vista del sofferente. Infatti ognuno di voi si sarà accorto che nelle discussioni sull' eutanasia prevale sempre di più, non la tragedia di chi sceglie di porre fine alla propria vita ed al proprio dolore, ma "l' igienismo sociale" di chi vuole eliminare persone inutili e la "sensibilità" di chi vorrebbe togliere di mezzo non tanto la sofferenza, ma chi soffre perchè la vista della sua sofferenza lo disturba.

Se si pensa bene, la sofferenza è eliminabile: la sofferenza fisica con le cure analgesiche e la terapia del dolore, la sofferenza morale con la solidarietà e con la condivisione.

Ma eliminare, o quanto meno ridurre, la sofferenza ha un costo elevato: le cure costano care, la solidarietà costa molto di più. In ogni caso è certamente meno "oneroso" eliminare il sofferente specie se anziano, non più produttivo, destinato a morire, e magari con un discreto patrimonio da lasciare in eredità.

Il problema non è nuovo; spesso si è eliminato l' ammalato anzichè combattere con tutti i mezzi possibili la malattia.

Vi è un' analogia con il problema della fame: è più "facile" ignorare gli affamati che dividere tra tutti i possibili commensali il cibo che c'è sulla tavola.

Vi è un' analogia con il dramma dell' aborto: è più "facile" permettere di eliminare un figlio, anzichè cercare di sconfiggere la solitudine della donna che è la vera causa che la induce ad abortire.

Ma attenzione, a proposito di "igienismo sociale", qualcuno sta dicendo che i malati mentali soffrono! In Olanda ad un gran numero di malati mentali è stata applicata la legge che ha legalizzato l' eutanasia.

A proposito di eutanasia e libertà, Francesco D' Agostino ha detto : "Praticare l' eutanasia non è rendere omaggio alla libertà di una persona che chiede di essere aiutata a morire, ma sanzionare quello stato di abbandono morale e sociale che si avrebbe il dovere – sia da parte delle istituzioni che da parte degli individui di buona volontà – di combattere strenuamente."

Nel dibattito sull' eutanasia appaiono in tutta evidenza le molte contraddizioni della nostra Società che sintetizzo così: da una parte si plaude a chi salva un aspirante suicida, dall' altra si chiede di autorizzare l' eutanasia ad un ammalato che ne facesse richiesta. Sono queste le contraddizioni di una società che, non sapendo più guardare la realtà che la circonda anche con gli "occhi della mente e del cuore" e non sapendo quindi più capire ed interpretare i problemi di un mondo nuovo e dare risposte degne di quella realtà umana viva e presente in ogni uomo, qualunque siano le sue sembianze, cade in evidenti controsensi e contraddizioni.

Non c'è quindi nessuna relazione tra eutanasia e libertà. C'è invece uno strettissimo legame tra vita e libertà. Lo hanno evidenziato molto bene nel loro libro *“Testamento biologico quale autodeterminazione?”* Carlo e Marina Casini e Maria Luisa Di Pietro. Vita e libertà sono infatti *beni indisponibili*. Come non si ha un *diritto a morire* (vedi il paragrafo “Esiste un diritto a morire?”), essendo la vita un bene indisponibile, così non si può disporre della propria libertà fino a venderla rendendosi schiavi. La vita è il necessario presupposto della libertà e la morte è l'esatto opposto della libertà: è la fine della libertà. Chi salva dal tentativo di suicidio una persona non gli salva solo la vita, ma gli restituisce la libertà.

Eutanasia gesto di amore ?

Si arriva persino a parlare di “gesto d' amore”. Carlo Casini commentando su “Sì alla Vita” del giugno 2000, il “gesto d' amore” di un giovane che nel maggio del 2000 ha ucciso l' amico di 28 anni che temeva di essere gravemente ammalato, scrive: *“Credevo che il vertice dell' amore fosse dare la propria vita per l' amato, non toglierla all' altro. L' amore vuole che l' amato ci sia, che la sua esistenza continui, non che egli sia annullato. Veramente in questo chiamare amore il gesto di uccidere un giovane di 28 anni, bello, ancora vigoroso, senza dolori fisici, ma solo con timori per la sua salute, si avverte il segno inquietante di una cultura di morte che ha origini in territorio lontani, che non appartengono all' umano”*.

Non ci vuole molto per capire che grazie a questa “cultura rischiamo di diventare una generazione che, preoccupata di avere facile e bella la vita, finisce con non saper più vivere, o peggio con non saper più perchè vive”.

Nel commentare lucidamente la legge olandese che ha legalizzato l' eutanasia , Michele Aramini dice: *“La legge (olandese) ha un chiaro presupposto: ritenere che è rispettoso della dignità della persona interrompere la sua esistenza, pertanto dà per scontato che il valore dell' eliminazione del dolore sia superiore all'antisocialità dell' azione di eutanasia e introduce la non punibilità per l' eutanasia realizzata con i noti criteri della diligenza. In realtà questa scelta normativa mette in evidenza un elemento paradossale: si viene a creare una discriminazione fra vita sana (collocata tra i beni difesi dall' ordinamento) e vita malata (che non è più protetta in modo generale dall' ordinamento), cosa che è contraria a ogni logica giuridica e morale⁸”*.

Aggiungo che una legge sull' eutanasia, non solo viola il principio fondamentale della Medicina, che consiste nello sconfiggere il male (come il dolore che è da considerarsi a tutti gli effetti una “malattia”), non eliminare l' ammalato, ma anche incide pesantemente sulla cultura modificando la nozione classica della *dignità* dell' uomo creando una discriminazione tra *vita sana* e *vita malata* che è contraria ad ogni logica giuridica e morale.

⁸ Vedi M. Aramini “L' Eutanasia “ – Editore Giuffrè – Milano 2003

La dignità dell' uomo

Tale dignità è *inerente alla natura di ogni uomo* come esposto con chiarezza nel preambolo della Dichiarazione universale dei diritti dell' uomo che precisa: “tutti gli uomini nascono liberi e uguali quanto a dignità e diritti”. Di questa dignità ciascuno può valersene “ senza alcuna distinzione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altra opinione, di nazionalità o di estrazione sociale, di fortuna, di nascita o di qualsiasi altra situazione”.

Questa definizione di dignità, garanzia contro ogni tipo di abuso ed arbitrio, è palesemente violata da una legge che legalizza l' eutanasia.

Ed anche se una legge sull' eutanasia, al pari delle leggi abortiste, non conferisce né attribuisce di per sé un diritto assoluto, ma offre solo una “possibilità” di cui avvalersi in determinati casi e seguendo precise procedure, ovvero anche se, una legge sull' eutanasia, come avvenuto in Olanda e Belgio, sancisce la “non punibilità” esclusivamente dei medici che la praticano, è certo che tale legge, come verificatosi nel caso dell' aborto, incide pesantemente sul costume e sulla cultura perché induce a ritenere che ciò che è legalmente consentito è anche eticamente accettabile⁹.

Per questo condivido quanto ha scritto il Prof. G. Rumi dopo aver ricordato le tremende tragedie del XX secolo: “Avevamo abbattuto il principio del dominio dell' uomo sull' uomo, avevamo stabilito la sacralità della vita umana moltiplicando i diritti e circondando la persona di garanzie, carte, corti, appelli e quant' altro potesse arginare il potere di cui avevamo amaramente conosciuto gli effetti. Ma un male oscuro è tornato ad insidiarci, smentendo le facili profezie sulla nascita di un tipo di uomo nuovo ed esente dalle colpe dei vecchi, garantito semplicemente dallo sviluppo economico e dalla prassi democratica. E' la volontà di autodistruzione che si ammanta però delle rassicuranti fattezze di evasione esistenziale (droga), di compassionevole cessazione del dolore (eutanasia), di arbitrio assoluto circa la procreazione (aborto). La volontà di potenza, ben infrenata dalla politica, potrebbe così dispiegarsi senza limiti all' interno dell' io: a ciascuno di noi sarebbe attribuito un' autorità assoluta sopra se stesso, con la possibilità di superare la coscienza e di togliersi l' esistenza, con una piena discrezionalità decisionale¹⁰”.

E condivido anche il pensiero del Prof. Francesco D' Agostino¹¹ : “ Siamo tutti d' accordo (e anche questo è un principio “non negoziabile”) che il malato pienamente capace e pienamente informato abbia il diritto assoluto (tranne i rari casi previsti dalla legge per la tutela della salute pubblica) di sottrarsi a qualsiasi terapia anche salvavita. Il problema riguarda i malati incapaci, che abbiano lasciato indicazioni anticipate, ma generiche, potenzialmente redatte in stato di depressione o non coerenti con le possibilità di miglior trattamento assistenziale e

⁹ Si ricorda quanto è successo con la legalizzazione dell' aborto. Dapprima si è parlato di aborto legale come strumento contro l' aborto clandestino, poi di tolleranza giuridica dell' aborto, poi di tolleranza etica, di diritto del singolo all' aborto, di aborto come servizio sociale, quindi di aborto come dovere giuridico ed infine si è giunti all' aborto come diritto assoluto ed intoccabile superando così l' iniziale richiesta di aborto come soluzione limite in casi di necessità.

¹⁰ Vedi “Eutanasia anche in Italia?” - La Civiltà Cattolica n. 3615 – febbraio 2001

¹¹ Vedi “L' eutanasia è solo disumana” – Avvenire 8 dicembre 2011.

terapeutico a loro favore.....Legalizzare l' eutanasia, non significa, come dicono i suoi fautori, riconoscere ai malati e ai morenti un diritto civile ma, attraverso la strumentalizzazione di questo apparente "diritto", attribuire ai medici e al sistema sanitario l' immenso potere di favorire il decesso dei cittadini più deboli, più soli o meno produttivi."

4-CHE FARE?

Di fronte ad una tale situazione non possiamo tacere o limitarci a lamentare le conseguenze che questo tipo di cultura comporta.

Dobbiamo avere il coraggio di dare, anche noi, delle risposte ai problemi posti dall' uomo dei nostri tempi – ed in particolare al problema della sofferenza - non solo per un atto di giustizia, di *"vero amore"*, nei confronti di chi soffre, ma perchè le risposte che daremo, ci aiuteranno a rispondere ai perchè della vita: chi siamo? dove andiamo? perchè viviamo?

Occorre quindi agire. Ma cosa fare? Che tipo di impegno ci è richiesto?

A mio avviso occorre:

1. avere il coraggio della chiarezza
2. riscoprire il significato della sofferenza
3. dare risposte concrete al sofferente

4.1 Il coraggio della chiarezza

Come tutti i grandi temi che coinvolgono l' uomo, anche l' eutanasia esige la massima chiarezza. Non diamo nulla per scontato. Abbiamo la costanza ed il coraggio di chiarire, ripetendoli, alcuni concetti e definizioni che gettano luce su questo tema (che in questi anni si è posto in evidenza in tutta la sua gravità); rivediamo i testi delle norme per cogliere ed evidenziare i contenuti positivi.

Ecco alcuni punti su cui, a mio avviso, è utile soffermarci:

- chi chiede di morire;
- definizione di morte;
- cosa si intende per "accanimento terapeutico" e cure palliative;
- come comportarsi con un malato in "stato vegetativo";
- esiste un "diritto a morire" ?;
- testamento biologico;
- il "caso" Welby;
- il "caso" Englaro e la richiesta di una legge sul fine vita;
- la morte del Cardinal Martini;
- la legge 219/2017 sul Consenso informato e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento ;

- la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio assistito.
- la richiesta di referendum abrogativo parziale dell' Art. 579 del Codice Penale promosso nel 2021 dal Comitato "per l'eutanasia legale";
- la sentenza n.50/2022 della Corte Costituzionale sulla suddetta richiesta di referendum
- le ipotesi di interventi normativi e loro limiti

Chi chiede di morire

Chi chiede realmente di morire?

Tutti i medici ai quali ho rivolto questa domanda, mi hanno risposto che chiede di morire unicamente il paziente oggetto di cure sbagliate, abbandonato dai parenti e quindi solo.

Tutti i Volontari delle Associazioni di Volontariato dedite da sempre all' assistenza dei malati, mi hanno confermato che i loro assistiti, spesso malati terminali, non hanno mai chiesto di "morire prima"; tutti chiedono di "morire in pace", e per questo motivo, sentono come insopprimibile esigenza la presenza, vicino a loro, di un volontario che "abbia cura" di loro.

Quanto dico trova conferma anche nel Documento della Pontificia Accademia per la Vita "Il rispetto della dignità del morente" del 9/12/2000.

Questo documento, rifacendosi a inchieste fatte tra i pazienti ed alle testimonianze di clinici vicini alle situazioni dei morenti ricorda che: *"Eventuali richieste di morte da parte di persone gravemente sofferenti quasi sempre costituiscono la traduzione estrema di un' accorata richiesta del paziente per ricevere più attenzione e vicinanza umana, oltre alle cure appropriate, entrambi elementi che talvolta vengono a mancare negli ospedali di oggi"*.

In definitiva il motivo che spinge molti malati terminali a chiedere l'eutanasia è la paura di essere lasciati soli nel momento più tragico della loro vita e di andare incontro a sofferenze sempre più insopportabili. Perciò, a coloro che vedono nell'eutanasia un "atto di pietà" o, come affermato dal Prof. Umberto Veronesi, un "atto di carità", si deve rispondere che la "pietà" e la "carità" verso i malati terminali non consistono in un atto eutanasiaco positivo o omissivo, ma nell'aiutarli con le cure palliative e con un'assistenza amorosa a vivere nel miglior modo possibile gli ultimi tempi della loro vita. La richiesta di eutanasia fatta dai malati terminali, non è dunque l'espressione di un desiderio di morte, quanto piuttosto la richiesta di non essere lasciati soli di fronte alla morte e di essere alleviati nelle loro sofferenze.

Come affermato al § 170 della Nuova Carta degli Operatori Sanitari (febbraio 2017): "L' ammalato che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana non cade nella depressione e nell' angoscia di chi si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. E' per questo che l' eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide, la pratica".

Riporto infine quanto pubblicato su "Il Gazzettino" del 18/3/2001 in merito ad un incontro pubblico tenutosi a Milano sul tema dell' eutanasia: *"Nel corso del dibattito è stato riscontrato che la media dei suicidi tra gli ammalati di cancro (0,027 %) è di*

gran lunga inferiore a quella tra la popolazione sana, e che il desiderio di ricorrere al suicidio, al suicidio assistito o all' eutanasia, di solito si manifesta entro i sei mesi dalla diagnosi, per poi venir meno se il paziente è seguito con terapie capaci di far cessare il dolore. All' Istituto dei Tumori di Milano ci sono stati solo due casi di suicidio: uno di un malato non terminale, l' altro di un uomo che non voleva che la moglie si dedicasse a lui dato che a casa doveva già assistere una figlia handicappata”.

Definizione di morte

Lascio ai medici approfondire questo importante e delicato aspetto; io mi limito, nell' affermare che oggi non vi sono più dubbi sul momento in cui l' uomo cessa di vivere, a riportare la definizione di morte data nell' Art. 1 della Legge n. 578 /1993 “Norme per l' accertamento e la certificazione della morte”.

“La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell' encefalo”.

Ovvero la morte sopravviene quando:

- a) le funzioni **spontanee** cardiache e respiratorie sono **definitivamente** cessate, o
- b) si è verificata una cessazione **irreversibile** di **ogni** funzione cerebrale.

La morte cerebrale è il vero criterio della morte, giacchè l' arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale.

Alla luce di questa definizione non vi possono essere più dubbi su quando sia o no lecito “staccare la spina” e quindi nel **considerare ancora vive le persone che si trovassero in uno stato** - come si verifica con gli ammalati in “stato vegetativo”- **nel quale non fossero irreversibilmente compromesse tutte le funzioni dell' encefalo, ossia della corteccia e del tronco cerebrale.**

Accanimento terapeutico e cure palliative

E' molto importante oggi proteggere, nel momento della morte, la dignità della persona umana contro un tecnicismo che rischia di divenire eccessivo. Ciò significa riconoscere i limiti della Scienza nella cura dei malati e fare chiarezza sul termine di “ostinazione terapeutica” (definizione che io preferisco a quella comunemente usata di “accanimento terapeutico”) con la quale si cerca solo di *ritardare la morte non di portare avanti la vita.*

Riporto in merito una chiara definizione dell' accanimento terapeutico data nell' articolo “A proposito di eutanasia e di diritto a morire” (La Civiltà Cattolica n. 3646 maggio 2002).

Con “accanimento terapeutico” si deve intendere l'ostinazione “futile” a proseguire terapie, che si sono dimostrate inutili o sproporzionatamente gravose per il malato, per il fatto che non migliorano la sua condizione né impediscono la morte per un tempo ragionevole, ma solo prolungano di qualche tempo la vita, imponendo all'ammalato gravi sofferenze.

Si parla di ostinazione “futile”, perché inutile e senza senso, in quanto tendente a impedire un evento ineluttabile, qual è la morte; ma bisognerebbe parlare di

un'ostinazione dannosa per il paziente che viene inutilmente sottoposto a gravi sofferenze non allo scopo di migliorare la sua situazione o di alleviare le sue sofferenze, ma al solo scopo di prolungare di qualche tempo una vita già irrimediabilmente e irreversibilmente vicina alla morte¹².

In sintesi per “accanimento terapeutico” si deve intendere un trattamento sanitario caratterizzato da interventi:

- inutili e/o inefficaci perché non migliorano le condizioni del malato;
- sproporzionatamente gravose e rischiose;
- causa di gravi sofferenze per l'ammalato;
- tali da non impedire la morte per un tempo ragionevole.

In realtà, alla base dell'accanimento terapeutico c'è la non accettazione dell'evento naturale della morte, per cui ci si accanisce a prolungare una vita, destinata a concludersi in breve tempo, a prezzo di gravi sofferenze imposte al malato, che dovrebbe invece essere lasciato morire naturalmente in pace. Perciò, invece che con forme, inutili e crudeli, di accanimento terapeutico, il malato terminale, che non ha speranze di miglioramento e tanto meno di guarigione, va curato con **cure palliative**.

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nella Relazione al Presidente del Consiglio citata nel § 2, sottolinea l'alto valore bioetico delle cure palliative osservando che: “Queste, infatti, trovano la loro sostanza non nella pretesa illusoria di poter strappare un paziente alla morte, ma nella ferma intenzione di *non lasciarlo solo*, di aiutarlo quindi a vivere questa sua ultima radicale esperienza nel modo più umano possibile, sia dal punto di vista fisico sia da un punto di vista spirituale. Volte primariamente ad alleviare il dolore in generale, e in particolare quello dei malati terminali, le cure palliative hanno allargato e continuano ad allargare il loro orizzonte e il loro ambito di azione e si presentano nel nostro tempo come uno dei campi in cui la moderna medicina manifesta la sua vocazione profonda di *cura*, in senso globale, quindi non solo fisico, ma anche psicologico ed esistenziale, dei sofferenti. Il CNB richiama l'attenzione della pubblica opinione su quanto meritevole sia il lavoro svolto dalle numerose associazioni di volontariato che si prodigano nel campo della palliazione ed è convinto che il loro esempio possa e debba ampiamente diffondersi”.

Importante, in merito alla “sedazione profonda”, il parere espresso il 29 gennaio 2016 dal CNB.

Nel parere viene precisato che la “sedazione palliativa profonda”¹³ (da non definire “sedazione terminale”) consiste nella “somministrazione intenzionale di farmaci,

¹² Vale la pena di ricordare che nel caso di *malattia terminale che provoca morte imminente ed inevitabile*, l'interruzione dell'uso di mezzi straordinari non deve intendersi come eutanasia, in quanto il ricorso a tali mezzi potrebbe configurarsi come accanimento terapeutico. Infatti tali mezzi non impediscono la morte, ma solo prolungano la vita per breve tempo.

Diverso è invece il caso di *malattia organica grave che, se non è oggetto di trattamento, provoca la morte*. In questo caso il ricorso o la prosecuzione del trattamento non si configura come accanimento terapeutico in quanto il trattamento stesso permette al paziente di vivere a lungo.

¹³ Prevista espressamente all'Art. 2 della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

alla dose necessaria richiesta, per ridurre il livello di coscienza fino ad annullarla, allo scopo di alleviare o abolire la percezione di un sintomo refrattario, fisico e/o psichico altrimenti intollerabile per il paziente in condizioni di imminenza della morte". Tali terapie si distinguono dall' eutanasia, secondo il CNB, "per l' obiettivo, le procedure e gli esiti" vanno quindi ritenute "un trattamento sanitario" da non confondere non solo con l' eutanasia, ma anche "con il suicidio assistito o l' omicidio del consenziente".

In sintesi le cure palliative per ammalati di male incurabile sono cure¹⁴ :

- **multidisciplinari** (del malato si prende cura non solo il medico, ma anche l' infermiere, lo psicologo, il ministro del culto, la famiglia, volontari preparati)
- che non prolungano la vita, ma ne migliorano globalmente la qualità

Ricordo che su questo difficile e delicato aspetto del problema ancora una volta la Chiesa ci ha illuminato con chiarezza. Prima Pio XII¹⁵, poi Paolo VI¹⁶, quindi Giovanni Paolo II con l' enciclica *Evangelium vitae*¹⁷ (§ 64-67), ed ora Papa Francesco con il messaggio del 16 novembre 2017 all' Associazione medica mondiale¹⁸, ci hanno aiutato a riconoscere i limiti della Scienza ed a rifiutare l'

¹⁴ Vedi legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

¹⁵ "E' lecito apporre tutti i mezzi che sono necessari, anche per prolungare la Vita, se c' è una speranza di esito positivo" (Risposta di Pio XII ad alcuni quesiti posti circa il problema della rianimazione - 24/11/1957).

¹⁶ "Il carattere sacro della vita vieta al medico di uccidere e gli impone in pari tempo di adoperarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Cio' non significa obbligare il medico ad usare tutte le tecniche che gli offre una scienza infaticabilmente creatrice. In tanti casi non sarebbe una inutile tortura imporre la rianimazione vegetativa nell' ultima fase di una malattia incurabile? Il dovere del medico consiste piuttosto nell' adoperarsi a calmare la sofferenza, invece di prolungare piu' a lungo possibile con qualunque mezzo ed a qualunque condizione una vita che va naturalmente verso la sua conclusione" (Lettera del Cardinale J. Villot scritta a nome di Paolo VI al Segretario Generale della Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche - 3/10/1970).

¹⁷ "(Dall' eutanasia) va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto "accanimento terapeutico", ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perchè ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perchè troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza "rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all' ammalato in simili casi" (...). La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all' eutanasia; esprime piuttosto l' accettazione della condizione umana di fronte alla morte. Nella medicina moderna vanno acquistando rilievo particolare le cosiddette "cure palliative", destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase della malattia e ad assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento umano. In questo contesto sorge, tra gli altri, il problema della liceità del ricorso ai diversi analgesici e sedativi per sollevare il malato dal dolore, quando ciò comporta il rischio di abbreviargli la vita. Se infatti, può' essere considerato degno di lode chi accetta volontariamente di soffrire rinunciando a interventi antidolorifici (...) tale comportamento "eroico" non può essere ritenuto doveroso per tutti. Già Pio XII aveva affermato che è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur con la conseguenza di limitare la coscienza e di abbreviare la vita, "se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l' adempimento di altri doveri religiosi e morali". In questo caso, infatti, la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina (*Evangelium Vitae* § 64-67).

¹⁸ Circa l' appropriatezza clinica e la proporzionalità delle terapie Papa Francesco, riassumendo quanto detto da Pio XII in merito agli interrogativi posti dalla introduzione, in terapia intensiva, di apparecchiature per la respirazione artificiale,

“ostinazione terapeutica” praticata per ragioni che poco o nulla hanno a che fare con l’ amore per la vita.

Come comportarsi con un malato in “stato vegetativo”

Premesso che l’ espressione “*stato vegetativo*” - con la quale si indicano persone con gravi lesioni cerebrali che hanno compromesso lo stato cognitivo e la vita di relazione -, è assolutamente infelice, perché l’ uomo quale che sia la condizione del suo cervello non perde mai la sua natura di essere umano, con “stato vegetativo” si intende quello stato, determinato spesso da incidenti stradali o sportivi ovvero causato da traumi cerebrali connessi con complicazioni postoperatorie, emorragie ecc., nel quale il malato – privo della coscienza -, vive grazie alla nutrizione ed alla idratazione che gli vengono somministrati.

Lo stato vegetativo può essere definito come “una condizione caratterizzata da: stato di vigilanza, alternanza di cicli sonno-veglia, apparente assenza di consapevolezza di sé e dell’ ambiente circostante, mancanza di risposte comportamentali agli stimoli ambientali, mantenimento delle funzioni autonome e di altre funzioni cerebrali. Esso deve essere chiaramente distinto dalla morte encefalica, dal coma e dallo stato di coscienza minimale....In genere, **il paziente in stato vegetativo** non necessita di supporti tecnologici per il mantenimento delle sue funzioni vitali e **non può in nessun caso essere considerato un malato terminale, perché la sua condizione può protrarsi stabilmente anche per periodi di tempo molto lunghi..... In conclusione , la persona in stato vegetativo è una persona vivente autonomamente, anche se, come ogni persona malata in gravi condizioni, ha bisogno di essere aiutata a nutrirsi.**¹⁹”

Va sottolineato che il malato in stato vegetativo è una persona vivente e come tale ha diritto non solo di vivere, ma anche di essere curata con i mezzi che offre oggi la Scienza. *“Il punto fondamentale – ha osservato in proposito il Prof. Francesco D’ Agostino Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica – è ribadire che i pazienti in stato vegetativo persistente, per quanto colpiti da una terribile patologia, sono vivi e, in quanto vivi, continuano ad essere pienamente titolari, come ogni altro essere umano vivente, dei loro diritti fondamentali: dal diritto alla vita al diritto alla salute (che non va inteso ovviamente come diritto a guarire, ma come diritto ad essere curati)”*²⁰.

Casi tipici di malati in stato vegetativo sono stati, recentemente, quello di Terry Schiavo e di Eluana Englaro e, nel 1990, quello di Nancy Cruzan²¹, una giovane

ha riassunto la risposta del suo predecessore (alla domanda se fosse obbligatorio utilizzare in tutti i casi i nuovi macchinari disponibili e se fosse lecito astenersene o interromperne l’ uso nell’ eventualità di un mancato miglioramento del paziente), affermando : “che non c’è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben dterminati, è lecito astenersene.”

¹⁹ Vedi “Il caso di Terry Schiavo”- La Civiltà Cattolica n. 3717 - maggio 2005

²⁰ Vedi *Il Sole 24-Ore*, 31 marzo 2005

²¹ Nel dicembre 1990 il MpV di Padova ha inviato una lettera ai genitori di Nancy Cruzan. Nancy respirava spontaneamente ed il suo cuore batteva senza stimolazione e, a detta degli infermieri, dai suoi occhi proveniva qualche tenue segnale di vita. I genitori avevano chiesto al Giudice di sospendere l’ alimentazione a Nancy. Ecco il testo della lettera.

donna di 33 anni la quale, dopo molti anni di vita in stato vegetativo durante i quali venne alimentata artificialmente, morì perché un tribunale autorizzò la sospensione della sua alimentazione e idratazione.

Come comportarsi allora con un malato in “stato vegetativo”? “Un uomo, anche se gravemente malato o impedito nell’ esercizio delle sue funzioni più alte , è e sarà sempre un uomo, mai diventerà un vegetale o un animale”. Queste parole, che rappresentano la sintesi dell’ importante discorso pronunciato il 20 marzo 2004 da Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso, sul tema dello “stato vegetativo”, organizzato dalla Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici e dalla Pontificia Accademia della Vita, fanno capire quale deve essere il nostro comportamento con i malati in stato vegetativo.

Poichè il malato in stato vegetativo è una persona vivente ha diritto non solo di vivere, ma anche di essere curato con i mezzi che offre oggi la Scienza anche se la sua guarigione fosse praticamente impossibile.

Non si deve dimenticare che le moderne tecniche di indagine hanno permesso di documentare nei pazienti in stato vegetativo la presenza di alcune funzioni corticali e la risposta ad alcuni stimoli, tra i quali il dolore. A tal proposito nel discorso sopra citato Giovanni Paolo II ebbe ha ricordare che: *“Non va dimenticato o sottovalutato come siano ben documentati casi di recupero almeno parziale, anche a distanza di molti anni, tanto da affermare che la scienza medica, fino ad oggi, non è ancora in grado di predire con sicurezza chi tra i pazienti in queste condizioni potrà riprendersi e chi no.”*

E’ chiaro quindi quale deve essere il comportamento con questi malati gravi. Respinta perché antiumana una visione materialista e funzionalista del malato, si deve avere la forza di applicare i principi etici riguardanti l’ obbligatorietà dell’ assistenza ai malati in genere anche ai malati in stato vegetativo pur prolungato nel tempo. *“Verso queste persone - ha detto Giovanni Paolo II -, medici, e operatori sanitari, società e Chiesa hanno doveri morali dai quali non possono esimersi, senza venir meno alle esigenze sia della deontologia professionale sia della*

Cara Nancy,

noi non ci conosciamo personalmente, ma da alcuni mesi siamo informati sulle tue sofferenze.

Sappiamo che per la Scienza Medica tu forse non puoi capire quanto ti stiamo dicendo.

Eppure ci rivolgiamo a te perché sei viva! Dietro i tuoi occhi apparentemente spenti c’è ancora vita.

Quella Vita che ognuno di noi ama tanto e dalla quale molto ci attendiamo.

E’ vero che le tue attese sono state deluse perché da molti anni ormai tu soffri, in silenzio, nella stanza di un ospedale, eppure noi crediamo che questa sofferenza non possa in ogni caso impedirti di vivere e di sperare.

Per questo chiediamo alle Autorità degli Stati Uniti che la incredibile decisione di sospenderti l’alimentazione non venga attuata.

Per questo ci rivolgiamo ai tuoi Amici, alla Gente della tua Città, ai Medici, agli Infermieri dell’Ospedale dove sei ricoverata, a quanti credono nella vita, perché non lascino soli i tuoi Genitori vicino a te.

E’ lì, vicino a te, aiutandoti a vivere ed a sperare che potranno meglio capire il vero senso della loro vita.

Con l’augurio che il Natale sia anche per te un giorno di Vita.

Il Movimento della Vita di Padova

Padova, 17 dicembre 1990

Questo messaggio è stato trasmesso dal MpV di Padova al National Right to Life Comitee degli Stati Uniti. Il 26/12/1990 Nancy è morta dopo che il Tribunale aveva autorizzato la sospensione dell’alimentazione.

solidarietà umana e cristiana. Infatti l' ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha diritto a un' assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento , ecc.), e alla prevenzione delle complicazioni legate all' allettamento. Egli ha diritto anche a un intervento riabilitativo mirato e al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa."

E' quindi evidente che vige anche per questi malati l' obbligatorietà dell' alimentazione e dell' idratazione. "In particolare – ha continuato Giovanni Paolo II - vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per via artificiale, rappresenti sempre un mezzo naturale di conservazione della vita, non un atto medico".

La sospensione infatti dell' alimentazione e idratazione finirebbe per provocare la morte per fame e sete e si configurerebbe come vero e proprio omicidio del paziente.

Pertanto l' alimentazione e idratazione anche per via artificiale non può definirsi "accanimento terapeutico". Infatti con questa espressione, come abbiamo visto, si intende il ricorso a pratiche mediche che, per prolungare la vita, utilizzano strumenti di alta tecnologia, invasivi, straordinari e sproporzionati alla situazione del paziente. Nel caso di malati in stato vegetativo nulla di tutto questo succede. Infatti per mantenere in vita questi ammalati non si deve ricorrere a strumenti straordinari o sproporzionati, ma di un piccolo tubo capace di idratarli ed alimentarli.

Il suo uso è da considerarsi, in linea di principio ordinario e proporzionato e come tale moralmente obbligatorio nella misura in cui e fino quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria che, nella fattispecie, consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sue sofferenze.

Esiste un "diritto a morire"?

Esiste o no un "diritto a morire"? Risponde a questa difficile domanda Giuseppe De Rosa nell' articolo citato nella nota 9.

"Alcuni giustificano l'eutanasia e il suicidio assistito col fatto che ogni persona, come ha il diritto di vivere, così ha il diritto di morire, e quindi a decidere come e quando essa deve morire. Ciò significherebbe che la vita umana è "disponibile". Ora non esiste una "disponibilità" della vita, né della propria né dell' altrui. Questo perché nessuno si dà la propria vita, così che nei suoi riguardi possa agire da padrone e quindi disporne come egli vuole."

In definitiva, non esiste un diritto a morire, perché la *vita è un bene indisponibile.*

E' tale la vita degli altri: infatti il precetto "non uccidere" è alla base di ogni ordinamento. E' da qui che deriva l'unanime condanna della pena di morte anche di un colpevole

E' tale la vita propria: infatti nell' ordinamento è vietato sia l'omicidio del consenziente che l'istigazione al suicidio.

Chi afferma il *diritto/libertà di morire* in nome della autodeterminazione, non riesce ad andare oltre ai malati terminali o ai morenti. Infatti nessuno pensa di estendere questo diritto a giovani aspiranti suicidi salvati da soccorritori che non vengono per questo, come già ricordato, accusati di violenza privata.

Come prova del ragionamento aggiungiamo che se noi accettassimo la richiesta di morire di un malato con grave sofferenza fisica, come potremmo rifiutare l'aiuto a togliersi la vita ad un giovane sofferente psichicamente?

Insomma per dirla con Mario Melazzini, la morte non è un diritto, ma un fatto. Aggiungo che il tentato suicidio non è perseguito dal diritto, non perché la mia vita sia meno indisponibile di quella degli altri, ma perché il diritto regola le relazioni con gli altri. Se un uomo si uccide da solo, ciò è considerato un *semplice fatto*. Ma se entra in gioco la vita di qualcun altro, diventa un *fatto sociale*.

Quindi una cosa è il suicidio come fatto individuale, un'altra, il suicidio socialmente organizzato. La società con le sue strutture non deve quindi organizzare il suicidio delle persone, ma curare ed alleviare la sofferenza.

In realtà la vita è sempre un "dono", che ha una sua particolare natura, perché è proprio della natura del vivente nascere, crescere, maturare, invecchiare e morire. Perciò infliggere la morte a un vivente prima della scadenza naturale va contro la sua natura. Su questo si fonda il principio che è comune a tutte le civiltà umane: "*non uccidere*".

Se oggi moltissime persone ritengono assolutamente inaccettabile la pena di morte, anche nel caso che una persona abbia commesso gravissimi delitti, come l'omicidio di una persona innocente, è perché c'è una crescita della coscienza umana che fa vedere nell'uccisione di una persona umana, sia pure decretata da un tribunale secondo la legge, una violenza al diritto di vivere che le è proprio.

Indubbiamente "non uccidere" né le altre persone né se stessi è, per i credenti, un comandamento di Dio, per cui parlare di un "diritto a morire" non ha senso. **La vita propria e altrui è un bene indisponibile**, sul quale perciò non si ha nessun diritto e nessun potere di disporre a proprio piacimento .

Ma anche chi non è credente dovrebbe riflettere sul valore della vita umana, anche sofferente, e sul mistero della morte e parlare di *diritto alla vita*, ma non di *diritto alla morte*".

Infatti solo l'affermazione che la vita umana è una *frontiera intransitabile* può costituire indispensabile garanzia contro ogni forma di abuso.

Questa non è un'affermazione ideologica; basta leggere la storia per capire a quali conseguenze l'uomo va incontro quando si crede padrone della Vita sua e degli altri. L'uomo della tecnica è del tutto incapace di garantire un futuro. Spesso infatti le scoperte della tecnica si rivelano potenziali terribili armi contro l'uomo. Di qui il bisogno di un'etica che costituisca anche per il non credente una certezza, una sorta di prima pietra.

Sostenendo il "diritto a morire", e quindi di sopprimere chi ne facesse richiesta, si riconoscerebbe di fatto alla volontà individuale uno spazio illimitato ovvero l'autorità di decidere il valore della propria vita.

"Ma è doveroso chiedersi se questo spazio ci appartenga. Possiamo attribuire noi il valore alla nostra vita, o di una qualsiasi altra vita? Questo è il punto fondamentale: se esistono realtà, principi e valori che trascendono la nostra conoscenza e la nostra volontà, e che valgono quindi per tutti gli uomini in virtù

della loro natura, oppure se ogni essere umano sia un mondo a sé, che determina in modo solitario e irrealistico la fonte e i confini di ogni elemento valutativo. Che è quanto dire: anneghiamo veramente in una sconfinata giungla di etiche fra loro indifferenti oppure vi sono universali etici su cui non si può transigere? A giudicare dal costante sforzo compiuto dagli uomini per garantire alcuni diritti fondamentali quali segni di civiltà e quali condizioni di una società sana, si direbbe di sì. D' altra parte, che cosa fonda l' illegittimità etica dell' omicidio? Forse il fatto che si uccida un proprio simile senza il suo consenso? E' evidente che se qualcuno si avvicinasse chiedendo ad un altro di sopprimerlo, quest' ultimo non sarebbe per ciò stesso legittimato a farlo²² .”

In sintesi la morte non può essere un diritto perché: “La morte è un fatto e non un bene che la società può garantire inventando una categoria di esecutori di morte. Una morte degna dell' uomo non impone alcun eroismo ma richiede ben altro che una carta scritta dal notaio: richiede investimenti sociali ed economici, impegni per favorire l' accompagnamento del morente, la palliazione del dolore, la programmazione dei trattamenti²³”.

Senza contare che si arriverebbe a distruggere l' essenza stessa della professione medica - da cui non possono mai derivare azioni capaci di abbreviare la vita -, in quanto sarebbero i medici i principali destinatari della richiesta di morire, con conseguenze facilmente immaginabili sul bene comune²⁴ .

²²Vedi : Zenit 13/3/2006 “Testamenti biologici: ultime volontà di chi?” di C. Navarini

²³ Vedi : Avvenire 5/10/2006 “Eutanasia per compassione?” di A. Pessina

²⁴ In merito mi sembra interessante riportare alcuni stralci dell' articolo di Marco Travaglio “*Quel viaggio di sola andata – Il medico salva non uccide*”, apparso sul giornale *Il Fatto Quotidiano* del 2 dicembre 2011, nel quale il noto giornalista commenta il suicidio assistito di Lucio Magri :

“...Vorrei spersonalizzare il gesto di Magri, quello che viene chiamato con orrenda ipocrisia “suicidio assistito” e che invece va chiamato col suo vero nome: “Omicidio del consenziente”.

Ne vorrei parlare perché è diventato un fatto pubblico e tutti ne discutono e ne scrivono. E molti tirano in ballo l'eutanasia, Monicelli o Eluana Englaro, che non c'entrano nulla perché Magri non era un malato terminale, né tantomeno in coma vegetativo irreversibile tenuto artificialmente in vita da una macchina: era fisicamente sano e integro, anche se depresso.....Dunque vorrei parlarne dai soli punti di vista che ci accomunano tutti: quello logico, quello giuridico, quello deontologico e quello pratico.

Dal punto di vista logico, non si scappa: chi sostiene il diritto al “suicidio assistito” afferma che ciascuno di noi è il solo padrone della sua vita. Ammettiamo pure che sia così: ma proprio per questo chi vuole sopprimere la “sua” vita deve farlo da solo; se ne incarica un altro, la vita non è più sua, ma di quell'altro. Dunque, se vuole farla finita, deve pensarci da sé.

Dal punto giuridico c'è una barriera insormontabile: l'articolo 575 del Codice penale, che punisce con la reclusione da 21 anni all'ergastolo “chiunque cagiona la morte di un uomo”. Sono previste attenuanti, ma non eccezioni: nessuno può sopprimere la vita di un altro, punto. Se lo fa volontariamente, commette omicidio volontario. Anche se la vittima era consenziente, o l'ha pregato di farlo, o addirittura l'ha pagato per farlo. ... Ed è giusto che sia così. Se si comincia a prevedere qualche eccezione, si sa dove si inizia e non si sa dove si finisce. Se si autorizza un medico a sopprimere la vita di un innocente, come si fa a non autorizzare il boia a giustiziare un folle serial killer.....

Dal punto di vista deontologico, altro muro invalicabile: il “giuramento di Ippocrate” che ogni medico, odontoiatra e persino veterinario deve prestare prima di iniziare la professione: “Giuro di... perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale; di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno... ; di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione”. Non occorre aggiungere altro.....

Dal punto di vista pratico, gli impedimenti alla legalizzazione: del “suicidio assistito” sono infiniti. Che si fa? Si va dal medico e gli si chiede un'iniezione letale perché si è stanchi di vivere? O si prevede un elenco di patologie che lo

In merito ricordo (come esposto nei paragrafi successivi), che **la Corte Costituzionale con la sentenza 242/2019** (richiamando l'ordinanza 207/2018 - nella quale si ricorda che dall'Art. 2 della Costituzione "*discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo non quello, diametralmente opposto, di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire*") e **con la sentenza 50/2022, ribadisce che il "diritto alla vita" è il presupposto di ogni altro diritto, e che "un diritto a morire" è inesistente.**

Si capisce allora che la promozione e difesa della vita propria ed altrui dal concepimento fino al suo spegnersi naturale, anche se vita priva di qualsiasi attributo che non sia il semplice esistere, diventa il parametro di ogni etica sociale, la prima pietra di paragone di ogni progetto che voglia dirsi veramente civile.

Il testamento biologico²⁵

Ha destato molto scalpore l'iniziativa promossa dalla "Fondazione Umberto Veronesi" e presentata ufficialmente l'1 marzo 2006, ovvero l'istituzione dei *testamenti di vita* o *testamenti biologici* redatti dai cittadini per chiedere che, in caso di perdita di coscienza, non vengano attuate certe forme di "trattamenti di fine vita" ed evitare così ogni forma di *accanimento terapeutico*.

Il *testamento biologico* proposto dalla Fondazione Veronesi apre decisamente la strada all'eutanasia, correlando la scelta testamentaria dei trattamenti in fase terminale e il diritto a morire. Tale diritto sarebbe, in questa prospettiva, addirittura speculare al diritto alla vita che, con il testamento biologico, si vorrebbe far esercitare anche da chi, un giorno, non potrà rivendicarlo perché in coma. La strategia è evidente: parlare di eutanasia in modo diretto potrebbe risultare inaccettabile ed allora occorre condurre una campagna mediatica più *soft* che faccia passare l'idea che si possa tutelare la propria libertà e tranquillità per i momenti difficili della malattia.

La proposta del testamento biologico non è una novità bensì la copia di un testo pubblicato in Inghilterra dalla British Medical Association nel 1994 e successivamente bocciato dalla Camera dei Lord.

consentono? E quali sarebbero queste patologie? Quasi nessuna patologia, grazie ai progressi della scienza medica, è di per sé irreversibile. Nemmeno la depressione. Ma proprio una patologia passeggera può obnubilare il libero arbitrio della persona che, una volta guarita, non chiederebbe mai di essere "suicidata". Qui di irreversibile c'è solo il "suicidio assistito": ti impedisce di curarti e guarire, dunque di decidere consapevolmente, cioè liberamente, della tua vita. E se poi un medico o un infermiere senza scrupoli provvedono all'iniezione letale senza un'esplicita richiesta scritta, ma dicendo che il paziente, prima di cadere in stato momentaneo di incoscienza e dunque impossibilitato a scrivere, aveva espresso la richiesta oralmente? E se un parente ansioso di ereditare comunica al medico che l'infermo, prima di cadere in stato temporaneo di incoscienza, aveva chiesto di farla finita?

Se incontriamo per strada un tizio che sta per buttarsi nel fiume, che facciamo: lo spingiamo o lo tratteniamo cercando di farlo ragionare? Voglio sperare che l'istinto naturale di tutti noi sia quello di salvarlo. Un attimo di debolezza o disperazione può capitare a tutti, ma se in quel frangente c'è qualcuno che ti aiuta a superarlo, magari ti salvi.

Del resto, il numero dei suicidi è indice dell'infelicità, non della "libertà" di un Paese. E, quando i suicidi sono troppi, il compito della politica e della cultura è di interrogarsi sulle cause e di trovare i rimedi. Che senso ha allora esaltare il diritto al suicidio ed escogitare norme che lo facilitino?.....".

²⁵ Vedi : Avvenire 29/6/2006 "Le promesse del testamento biologico" di G. Carbone – Avvenire 13/7/2006 "E l'eutanasia trovò la scorciatoia" di M. Aramini – Bollettino Ordine dei Medici di Padova n. 4/2006 – Zenit 13/3/2006 "Testamenti biologici: ultime volontà di chi?" di C. Navarini

In merito al suo contenuto si evidenziano tre riflessioni dettate dalla esperienza umana al di là di paradigmi medici o giuridici :

1. nessuna persona sana e nel pieno possesso delle facoltà mentali può sapere cosa si prova quando si è colpiti da una malattia incurabile;
2. nessuno può prevedere quali saranno, nel momento della malattia, i progressi scientifici e medici nella diagnosi e nella cura di quella particolare malattia;
3. non è detto che la volontà che la persona oggi esprime, corrisponda esattamente a ciò che desidererà quando sarà colpito da una malattia grave; potrebbe aver cambiato idea e non aver avuto il tempo di manifestarlo.

Entrando nel merito del problema, noteremo anzitutto che l'obbiettivo, totalmente condivisibile, di evitare ogni forma di accanimento terapeutico è oggi pienamente raggiungibile dalla Medicina, senza ricorrere al *testamento biologico*, grazie alle "cure palliative" che sono lo strumento con il quale si può garantire una qualità di vita più accettabile alleviando le sofferenze del malato che viene accompagnato alla sua morte naturale senza alcuna forzatura.

Aggiungiamo che, da un punto di vista medico, il testamento biologico stravolge il rapporto medico-paziente. Il medico - che dovrebbe avere una libertà di azione motivata dalle sue conoscenze scientifiche e cliniche -, diventa da professionista che agisce nell'interesse e nel bene della salute del paziente, un esecutore passivo della volontà del malato, ed il malato diventa un cliente che può chiedere tutto a chi lo assiste.

Si deve ricordare inoltre, come accennato nel § 2, che una cosa è riconoscere il diritto del malato a non sottoporsi ad una terapia con un *rifiuto attuale*, altra cosa è porre fine alla vita del malato in forza di un rifiuto *ora per allora*. Il rifiuto anticipato è privo delle caratteristiche che connotano e danno un senso al rifiuto attuale²⁶.

Da un punto di vista puramente giuridico, c'è poi da domandarsi che validità sia possibile riconoscere al testamento biologico ovvero all'espressione di volontà anticipata, nel contesto di ordinamenti giuridici che non considerano la vita alla stregua di un bene disponibile.

Nel testo proposto dal Prof. Veronesi si legge inoltre che il malato chiede "di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico né a idratazione e alimentazione forzata e artificiale in caso di impossibilità ad alimentarsi autonomamente". In altri termini, con una simile richiesta, chi redige il testamento biologico si espone volontariamente al rischio di morire di fame e di sete come è successo a Terry Schiavo ed a Eluana Englaro.

Non va dimenticata poi la pericolosità sociale di una tale proposta. Le persone anziane e sole, maggiormente vulnerabili, potrebbero essere spinte a chiedere di essere lasciate morire come sta succedendo in Olanda dove gli individui più fragili avvertono una pressione reale o immaginaria che li spinge a chiedere di accelerare la morte.

²⁶ Vedi "Il Testamento biologico e la rinuncia anticipata a vivere: aspetti Giuridici" di Marina Casini - I Quaderni di Scienza e Vita : " Né accanimento terapeutico, né eutanasia"

E' bene infine ricordare che molto diverso era il contenuto ed il significato delle *Dichiarazioni anticipate di trattamento* pubblicate dal Comitato Nazionale per la Bioetica il 18/12/2003. Questo documento stabiliva che le dichiarazioni anticipate di trattamento dovessero contenere semplici indicazioni sulle forme di assistenza che si desidera ricevere o non ricevere in condizioni di incapacità, **senza porre un totale vincolo sul medico escludendo comunque alcune richieste quali, ad esempio, la sospensione di idratazione e alimentazione artificiale ed in generale richieste di eutanasia**. In altri termini questo documento, che può aver causato equivoci, va visto come uno strumento di difesa del malato da forme di accanimento terapeutico, ma anche da forme più o meno esplicite di eutanasia. Il Testamento Biologico in definitiva non serve. Con esso si apre inevitabilmente la strada all'eutanasia passiva. Servirebbe un tale Testamento solo se esistesse un *diritto a morire*, che non c'è perché *la vita è un bene indisponibile*

Il “caso” Welby

Con una conferenza stampa alla Camera, i Rappresentati del Partito Radicale e dell'Associazione Luca Coscioni hanno annunciato la mattina del 21 dicembre 2006 che, nella notte precedente, Pier Giorgio Welby era morto.

Un medico anestesista dopo averlo sedato, ho staccato la macchina che da 9 anni gli permetteva di respirare. Così è terminata, nel peggiore dei modi, la vicenda umana di un uomo di 61 anni malato di distrofia muscolare progressiva tenuto in vita con ventilazione assistita tramite tracheotomia.

Di fronte a “casi” come quello di Pier Giorgio Welby, superato il primo momento di naturale sbigottimento per la speculazione orchestrata dal Partito Radicale su questa dolorosa vicenda umana negli ultimi mesi, superate le oggettive difficoltà di una vicenda complessa e dolorosa, si deve cercare di ragionare con pacatezza senza lasciarsi vincere dall'emozione e dai sentimenti e, meno che meno, dalla tentazione di strumentalizzare ancora, per secondi fini, la sofferenza di un uomo.

Di fronte a questi casi si deve cercare di porsi alcune domande e cercare di dare delle risposte.

L'uso del respiratore che ha tenuto in vita per nove anni Pier Giorgio Welby si configura come accanimento terapeutico? Era lecito nel suo caso accogliere la richiesta di sospensione del trattamento, era lecito cioè “staccare la spina”? Esiste davvero un “diritto a morire”? Che fare in casi simili?

Ricordato che per “accanimento terapeutico” si deve intendere un trattamento sanitario caratterizzato da interventi:

- inutili e/o inefficaci perché non migliorano le condizioni del malato;
- sproporzionatamente gravosi e rischiosi;
- causa di gravi sofferenze per l'ammalato;
- tali da non impedire la morte per un tempo ragionevole.

appare evidente che nel caso di Welby non si può parlare di accanimento perché - pur non essendo in grado di valutare quanto gravoso sia stato il ricorso alla ventilazione artificiale ed a quali sofferenze sia stato sottoposto l'ammalato -,

certamente il “trattamento” utilizzato nel suo caso non era inutile ed ha permesso di tenere in vita l’ ammalato per lungo tempo, tanto è vero che Welby ha vissuto in queste condizioni per oltre nove anni.

Quanto dico, confermato anche dal parere autorevole dato in merito dal Consiglio Superiore della Sanità, è dimostrato dai numerosi casi di persone affette dalla stessa malattia di Welby che non chiedono in alcun modo di staccare il respiratore. Se il trattamento a cui è stato sottoposto Welby si configurasse come accanimento terapeutico, per analogia si potrebbe parlare di accanimento terapeutico nel caso di ricorso ad apparecchiature, tecnologicamente ben più sofisticate di un respiratore, in presenza di malattie organiche gravi tale da causare sicuramente la morte senza l’impiego degli stessi mezzi.

Circa la liceità o meno di accogliere la domanda di Welby di sospendere l’ uso del respiratore, si deve ricordare che se è vero che un ammalato può chiedere la sospensione del trattamento sanitario a cui è sottoposto (ammesso che la ventilazione sia considerata un atto medico in senso stretto e non rappresenti invece un mezzo di conservazione della vita al pari della somministrazione di acqua e cibo per via artificiale) perché il diritto alla salute non significa né curarsi ad ogni costo, né possibilità per i medici di curare l’ ammalato anche contro la sua volontà, è anche vero che **la sua richiesta non può essere comunque accolta dal medico nel caso in cui dalla suddetta sospensione consegua in breve tempo la morte.**

Infatti, in questo caso, il conflitto tra aspetto legale, che vorrebbe comunque la sospensione del trattamento, e l’ aspetto etico, che impone al medico di non causare direttamente la morte del malato, si risolve naturalmente con il prevalere dell’ aspetto etico in conformità alla deontologia professionale (come sancito con chiarezza sia dal nuovo Codice Deontologico dei Medici del 18 maggio 2014 che del precedente), ed al buon senso comune che vede e sente la vita prevalere sempre sulla morte.

Quindi allo stato dei fatti la richiesta di Welby di “staccare la spina”, da cui è conseguita la sua morte in tempi brevi, potrebbe configurarsi come omicidio su richiesta. Infatti ciò che Welby ha chiesto, o ciò che i suoi portavoce chiedevano per lui e che poi hanno cinicamente messo in atto, è stato ben altro che il semplice rifiuto di una terapia, o il ricorso a cure palliative che somministrate gradualmente leniscono la sofferenza fisica e morale.

Accolta per motivi umanitari la drammatica richiesta di Welby, come si potrebbe lasciare inascoltata la voce di chi soffrendo, non solo fisicamente, non fosse in grado di porre fine alla propria vita?

In definitiva la richiesta di Welby avrebbe potuto essere giustificata solo nel caso esistesse un “diritto a morire”.

Ma, come abbiamo appena visto non esiste un diritto a morire. Che cosa si doveva fare allora con Pier Giorgio Welby? Che cosa si dovrà fare in futuro con altri ammalati gravi nelle sue condizioni?

Nel caso di Welby, come fra l' altro sostenevano molti medici, si doveva ricorrere a cure palliative che alleviassero la sua sofferenza ed a persone che sapessero *accompagnarlo* in questa difficile fase della sua vita.

In merito ai malati di Sla sono interessanti le parole del Prof. Massimo Antonelli Direttore del Reparto di Terapia intensiva all'Ospedale Gemelli raccolte dalla giornalista Lucia Bellaspiga e pubblicate alcuni anni fa nella pagine "è vita" di Avvenire: *"Desistenza terapeutica non significa abbandono ma stare sempre vicino al malato in tutte le evoluzioni della malattia..... Recedere dalla tracheotomia non significa staccare il respiratore, ma passare alla maschera, meno efficace ma anche meno invasiva, accompagnando il paziente con un'assistenza continua: vivrà un po' meno ma in modo dignitoso e con meno sofferenze."*

Va considerato che certi interventi su malati terminali, o in gravissime condizioni, non significano "causargli la morte", ma accettare di "lasciarlo morire".

Chiarissime, in merito alla morte di Pier Giorgio Welby, le parole del Prof. Francesco D' Agostino riportate dalla rivista *Segno* dell' ottobre 2006:

"...Quando si parla di eutanasia si finisce inevitabilmente per citare "casi" come appunto il "caso Welby", che davvero "prendono allo stomaco". Il solo parlarne in chiave teorica come qui se ne sta parlando, appare inevitabilmente astratto.

Il problema di chi riflette sull'eutanasia non è quello di stigmatizzare e, meno che mai, quello di vituperare chi, mosso da pietà autentica, commetta atti eutanasi o invocare a suo carico pene severe. Un simile problema esiste, dato che, se il diritto ritiene illecita l'eutanasia, deve pur sanzionarla. Ma si tratta di un problema obiettivamente secondario. Un saggio legislatore può ben proibire una pratica sociale e individuare una pena che rispetti l'eccezionalità dell'evento sanzionato e che non sia eccessiva e quindi ingiusta. L'ordinamento giuridico ha molti strumenti (tra cui quello della grazia) per gestire situazioni estreme, per le quali l'applicazione formale del codice penale può apparire aberrante. Il vero problema che nasce quando si riflette sull'eutanasia è se possa mai esistere una legge ordinaria dello Stato, con tutte le caratteristiche tipiche delle leggi - la generalità, l'astrattezza, il formalismo, il carattere inevitabilmente burocratico -, in grado di gestire situazioni estreme e ambigue come questa. Qualsiasi legge eutanasi, anche se motivata dalle migliori intenzioni burocratizza inevitabilmente il processo del morire, dilata arbitrariamente il potere dei medici, sottrae la morte umana a quel carattere di tragica eccezionalità che ogni morte possiede, riportandola a una procedura sanitaria standardizzata. E ancor più, che attiva una vera e propria deformazione delle coscienze, attivando una frattura tra le parole della legge e la sua applicazione reale. Ci pensi il nostro legislatore, ci pensino i fautori della legalizzazione dell'eutanasia : è davvero di una legge che abbiamo bisogno? O non piuttosto di nuove energie etiche e sociali, che allontanino lo spettro incombente dell' abbandono terapeutico?" .

Occorre capire che la sofferenza ha bisogno di una Scienza Medica che curi la sofferenza e si prenda cura dell' ammalato senza mai sopprimerlo.

Ma la Scienza medica non basta. Come diremo anche nel successivo § 4.3, occorre anche la nostra solidarietà.

E' giunta l' ora di dare risposte concrete al sofferente senza cedere alla tentazione "di difendere il diritto alla morte senza fare altrettanto, con uguale energia, per il diritto alla vita"²⁷.

Il "caso" Englaro e la richiesta di una legge sul fine vita

Rinviando al libro "*Eluana è tutti noi*"²⁸ per la storia della vicenda umana e giudiziaria di Eluana Engraro e per il commento dei numerosi progetti e disegni di legge in materia di *fine vita* presentati dalla XIII Legislatura (1996-2001) in poi, mi limito in questa sede a proporre alcune riflessioni sul "caso" Englaro e sulla ricaduta che ha avuto sul dibattito in corso in materia di *testamento biologico*.

L' 11 novembre 2008 la Corte di Cassazione, dichiarando inammissibile il ricorso della Procura Generale di Milano contro il decreto della Corte d' Appello di Milano (9 luglio 2008) che autorizzava la sospensione dell' alimentazione ed idratazione di Eluana, ha di fatto condannato a morte Eluana Englaro²⁹, morte che è sopraggiunta il 9 febbraio 2009 dopo la sospensione di alimentazione ed idratazione da parte dei sanitari che l' avevano in cura.

Di fronte a tali decisioni della Magistratura crediamo sia opportuno anzitutto porsi alcune domande.

Premesso che il diritto italiano ha come sua fonte esclusiva la legge e, a differenza dei sistemi anglosassoni, nega al Giudice ogni creatività almeno quanto al dato normativo di base (per questo l' art. 101 della Costituzione recita "I Giudici sono soggetti soltanto alla legge"), dov'è la legge che i Giudici hanno applicato nella vicenda di Eluana?

In quale Stato di diritto viviamo se è possibile far morire di fame e sete, con probabili sofferenze, un malato gravemente disabile?

In quale Stato di diritto viviamo se la Corte di Cassazione, ritenendo che il "caso Englaro" " non riguardasse l' interesse generale e pubblico", ha autorizzato il tutore a por fine alla Vita del suo tutelato?

In quale Stato di diritto viviamo se i Giudici non solo hanno proceduto come se esistesse nell'Ordinamento una Legge sul "*Testamento Biologico*"(approvata solo

²⁷ Vedi Il Corriere della Sera 13/12/2006

²⁸ Vedi : "Eluana è tutti noi-Perché una legge e perché no al testamento biologico" di Carlo Casini-Marina Casini-Maria Luisa Di Pietro.

²⁹ Riporto uno stralcio della bella intervista rilasciata da Enzo Jannacci al Corriere della sera del 6/2/2009 in merito alla vicenda di Eluana. Intervistato come medico Jannacci disse : "*Non staccerei mai una spina e mai sospenderei l'alimentazione a un paziente: interrompere una vita è allucinante e bestiale*". Ed all' osservazione del giornalista che gli chiedeva se ciò valesse anche nei confronti di chi ha trascorso diciassette anni in stato vegetativo, rispose: "*Sono tanti, lo so, ma valgono per noi, e non sappiamo nulla di come sono vissuti da una persona in coma vigile. Nessuno può entrare nel loro sonno misterioso e dirci cosa sia davvero, perciò non è giusto misurarli con il tempo dei nostri orologi. Ecco perché vale sempre la pena di aspettare: quando e se sarà il momento, le cellule del paziente moriranno da sole. E poi non dobbiamo dimenticarci che la medicina è una cosa meravigliosa, in grado di fare progressi straordinari e inattesi*".

recentemente), ma hanno anche dimenticato che comunque la volontà del sofferente dovrebbe essere espressa in modo *certo, attuale, inequivocabile*, escludendo la possibilità di sospendere l' alimentazione e la idratazione in quanto mezzi di conservazione della vita e non atti medici o di accanimento terapeutico?

In quale stato di diritto viviamo se i Giudici, per giustificare la loro scelta, hanno dovuto fondare la decisione assunta sullo sbiadito e confuso ricordo di terze persone risalente ad oltre vent'anni addietro?

In quale Stato di diritto viviamo se da una Norma inserita nella Costituzione (Art. 32) per assicurare il massimo impegno possibile a tutelare con la salute la vita delle persone, si deduce un inesistente diritto a morire?

A queste domande abbiamo risposto:

- ribadendo con forza e convinzione che non ci sono vite umane *degne* e vite umane *indegne* di essere vissute e proclamando la *dignità* di ogni vita umana, qualunque essa sia e in qualsiasi condizione essa si trovi;
- chiedendo al Parlamento una Norma che ribadisse i seguenti principi di ordine antropologico ed etico:
 1. ogni essere umano qualunque sia la sua condizione di salute ha il diritto di essere assistito ed aiutato;
 2. chi si trova in stato vegetativo è un essere umano vivente che non ha perduto la sua dignità di persona ed il suo diritto al nutrimento;
 3. nutrire una persona in stato vegetativo e prestarle assistenza non sono atti terapeutici, ma mezzi ordinari e proporzionati di conservazione della vita;
 4. la somministrazione di cibo e di acqua alle persone in stato vegetativo non è forma di accanimento terapeutico; infatti non comporta cure sproporzionate e tali da indurre sofferenza, è alla portata di ogni struttura ospedaliera e si possono eseguire spesso anche a domicilio;
 5. tale somministrazione può essere sospesa solo se non risulta più efficace nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo.
 6. sì ad una legge che proibisca, da un lato l'eutanasia in tutte le sue forme e l'abbandono del malato, dall' altro l'accanimento terapeutico;
 7. sì all'alimentazione e all'idratazione come sostegno vitale; sì alle cure palliative e alla terapia del dolore;
 8. sì alla promozione di ogni forma di assistenza e di sostegno al malato e alla sua famiglia;
 9. sì al rafforzamento della relazione medico/paziente, basata sull'alleanza terapeutica, quale luogo in cui si collocano sia le volontà del paziente, dichiarate in modo "certo" "attuale" e "inequivocabile", sia la responsabilità del medico – in ogni situazione clinica – di valutare in scienza e coscienza nel rispetto del bene supremo della vita;
 10. no ad una legge sul *testamento biologico* come forma di autodeterminazione, quale scelta insindacabile su come e quando morire.

Se vengono meno questi principi, cade un pilastro fondamentale della civiltà non solo cristiana, ma anche umana.

Abbiamo quindi invocato una legge che tutelasse la vita in condizioni di malattia inguaribile o di grande disabilità, una legge che, partendo dalla lettura dell'art. 32 della Costituzione nella sua autentica e completa interpretazione, avesse un'impostazione "assistenziale".

Detta legge avrebbe dovuto prendere atto del caso Englaro, non per accogliere le istanze finalizzate ad introdurre il cosiddetto "*testamento biologico*", ma per stabilire i principi e le regole atte a salvare e salvaguardare la vita delle molte altre persone che si trovassero o si troveranno in condizioni simili a quelle di Eluana, ribadendo il principio fondamentale - cardine della moderna idea dei diritti umani - di indisponibilità della vita umana, sempre e comunque degna del massimo rispetto e sostegno, nonché incentivando ogni forma di assistenza con una grande attenzione ai bisogni del malato e della sua famiglia.

Solo in questo modo ci sembrava possibile tradurre nei fatti la laicità e la democrazia, che sono fondamento dell'umano convivere, perché nel momento in cui non si guarda più al proprio simile come valore in sé, potrebbe nascere forte la tentazione di considerarlo "*non degno*" non solo della propria attenzione, ma anche della sua stessa esistenza.

Mi pare opportuno ricordare che, prima della morte di Eluana Englaro, a mio avviso, non era necessaria una legge sul fine vita ed in questo senso il Movimento per la Vita si è a lungo impegnato.

Infatti la Legge italiana già considera illeciti (art. 5 Codice Civile) gli atti di disposizione del proprio corpo che ne diminuiscono permanentemente la integrità fisica. Figuriamo se è possibile consentire alla propria uccisione. Il Codice Penale poi proibisce sia l'omicidio del consenziente, sia l'istigazione che l'aiuto al suicidio

Ma, come abbiamo ricordato, le pronunce della Magistratura in merito alla vicenda umana di Eluana, hanno fortemente indebolito il fondamentale principio della *indisponibilità della vita* e reso urgente l'approvazione di una legge in materia di fine vita che, ribadendo la fondatezza della *indisponibilità della vita*, esponesse senza equivoci i principi di ordine antropologico ed etico sopra richiamati. Si sarebbe in tal modo "corretto" l'errore giurisprudenziale che è stato commesso evitando così il ripetersi altri "casi Englaro", ed in generale tutelando nel modo più consono la persona di fronte ai nuovi scenari resi possibili dalle succitate pronunce della Magistratura³⁰.

Il Parlamento, accantonata nel 2009 la possibilità di varare una legge che vietasse semplicemente la sospensione di alimentazione ed idratazione, ha affrontato il tema del *fine vita* aprendo il dibattito sul Disegno di Legge presentato dall'On. Raffaele Calabrò dal titolo "*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*".

³⁰ In merito vedasi l'articolo di Elisabetta De Septis "Testamento biologico quale legge?" (Madre – ottobre 2009).

Il testo, già approvata dal Senato nel marzo 2009 e, con alcune modifiche, dalla Camera nel luglio 2011, e che attendeva solo di essere approvata definitivamente dal Senato, conteneva i principi sopra esposti. Purtroppo, non ostante ci fosse il tempo materiale per concludere l' iter legislativo, la fine della XVI Legislatura nel febbraio 2013 ha vanificato gli sforzi per giungere ad un testo condiviso e valido.

Il dibattito si è riaperto nel corso della successiva Legislatura e, come verrà illustrato in un successivo paragrafo, si è concluso il 14 dicembre 2017 con l' approvazione definitiva in Senato del Disegno di Legge *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”* il cui testo è la risultante dell' unificazione di Disegni di Legge presentati da numerosi Parlamentari.

La morte del Cardinal Martini

Alla morte del Cardinal Carlo Maria Martini avvenuta nell' agosto 2012, sono circolate alcune notizie non esatte in merito agli ultimi istanti della sua vita segnata dal morbo di Parkinson. L' obiettivo era verosimilmente mettere in discussione il Magistero della Chiesa Cattolica in materia di eutanasia e accanimento terapeutico. Nell' articolo *“Rispetto e verità”* pubblicato da Avvenire il 2 settembre 2012, Roberto Colombo chiarisce in modo convincente i termini del problema . Riporto qui di seguito un ampio stralcio dell' articolo:

“Paragonare la lucida e umanissima decisione del cardinale e dei suoi medici di fronte all'ultima crisi parkinsoniana, di metà agosto, che ha segnato il breve epilogo della sua esistenza terrena (circa due settimane), segnato dalla «incapacità a deglutire cibi solidi e liquidi» - come affermato dal suo medico curante - con le scelte del padre di Eluana Englaro o di Piergiorgio Welby, è una operazione strumentale priva di ogni realistico riferimento clinico ed etico.

L'Arcivescovo emerito di Milano soffriva di una malattia neurodegenerativa, quella di Parkinson, che gli ha consentito di idratarsi e nutrirsi ordinariamente per via orale fino a poco prima della sua morte. La libera accettazione dell'ineludibile avvicinarsi della morte gli ha fatto chiedere, come fece anche il beato (ora santo : ndr) Giovanni Paolo II (che soffriva di una patologia simile), che non si procedesse a manovre di posizionamento di sonde per l'alimentazione enterale o ad altri interventi sproporzionati e incongruenti con la decisione di accogliere i tempi e i modi con i quali il Signore gli è venuto incontro nell'ultimo, definitivo abbraccio. Per questo «è rimasto lucido fino all'ultimo e ha rifiutato ogni forma di accanimento terapeutico», ha dichiarato il dottor Pezzoli.

Ben diversa di fatto, e opposta di valore, è stata la decisione arbitraria di sospendere l'idratazione e l'alimentazione di Eluana, da 17 anni in stato vegetativo persistente, una condizione patologica stazionaria che non l'aveva portata, sino a quel momento, alle soglie della morte. Non era in agonia né stava per entrarvi. La donna avrebbe continuato a vivere ancora per parecchio tempo (non possiamo sapere quanto) e, per il suo stato clinico, la nutrizione enterale era perfettamente appropriata, condizione necessaria per supportare la fisiologica necessità di acqua

e cibo. Infine, la decisione venne presa da altri, non da lei stessa.

Welby, invece, venne colpito all'età di 16 anni dalla distrofia muscolare di Becker, una malattia neuromuscolare a progressione generalmente assai più lenta della malattia di Parkinson. Su sua richiesta, il respiratore gli venne staccato 45 anni dopo, anche in questo caso non in prossimità della morte (la vita di pazienti affetti da questa forma particolare di distrofia muscolare può durare a lungo). Una scelta di eutanasia volontaria, in un momento della propria malattia, che nulla ha a che vedere - né clinicamente, né moralmente - con la decisione di rinunciare a forme di «accanimento terapeutico» alle soglie della morte.

Non vi è spazio per chi vuole ignobilmente speculare sulla morte dignitosissima ed evangelica di un tenace difensore della dignità della vita umana e di «generoso servitore del Vangelo», come lo ha chiamato Benedetto XVI”.

La legge sulle 219/2017 sul Consenso informato e sulle Disposizioni anticipate di trattamento” (DAT)

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017 n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Questa Legge è stata approvata in via definitiva dal Senato il 14 dicembre 2017 senza apportare le modifiche da molti auspiccate. Come è stato giustamente evidenziato dal Cardinale Elio Sgreccia “*La Norma è stata approvata in un surreale clima di indifferenza, di tangibile ed incolto disinteresse da parte di intellettuali e politici di area cattolica.*”³¹

Si tratta di un testo di 8 articoli riguardanti, tra l'altro, il consenso informato (CI), la terapia del dolore, il divieto di accanimento terapeutico, e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) cioè le disposizioni che chiunque, nel pieno possesso delle proprie facoltà, è legittimato a dare in merito ai trattamenti sanitari ai quali desidera essere sottoposto, o non sottoposto, qualora si venisse a trovare in condizioni invalidanti che non gli permettessero di esprimere il proprio consenso in merito.

Chiarito in primo luogo che, sia per quanto riguarda il CI che le DAT, la Legge fornisce una possibilità, non certo un obbligo, e che - in ogni caso - resta da parte del malato il dovere di curarsi poiché non tutti i rifiuti sono moralmente giustificati, ritengo opportuno precisare che, ferme restando le osservazioni critiche al *testamento biologico*³² già esposte in un precedente paragrafo³³, a mio

³¹ Vedi “La nuova legge sulle DAT: qualche considerazione critica “ – Sì alla Vita n. 1/gennaio 2018

³² Infatti nella Legge si parla di *disposizioni* e non di *dichiarazioni*. E' evidente che usando il termine *disposizioni* il Legislatore intende che l'interessato imponga al medico una sorta di ordine.

³³ In merito al testamento biologico e /o alle DAT il Prof. Leopoldo Sandonà nella Difesa del Popolo del 25/12/2017 ha scritto “*L'aspetto più critico riguarda l'inserimento delle DAT, pur con informazioni mediche, al di fuori del contesto della relazione terapeutica come invece retoricamente enunciato all'inizio del dispositivo di legge. In altre parole una disposizione generica, fuori da un quadro clinico-patologico ben definito, rischia di essere vuota o al limite anche dannosa essendo giuridicamente vincolante e legando così le mani ai curanti, specie se redatta molti anni prima del reale utilizzo.*”

avviso, c'era la necessità che venisse approvata una legge che esponesse, senza equivoci, i principi di ordine antropologico ed etico richiamati nel paragrafo riguardante il “caso” Englaro.

Ad esempio il Disegno di Legge³⁴ in materia di Biotestamento approvato (dopo un lunghissimo iter) dalla Camera dei Deputati il 12/7/2011 - ed inspiegabilmente lasciato decadere a due anni dalla fine della XVI Legislatura -, era esplicito e non dava adito a dubbi interpretativi molto pericolosi nel caso di temi così delicati.

E questo anche al fine di evitare l'indebolimento del principio fondamentale della indisponibilità della vita cui possono contribuire anche alcune pronunce della Magistratura in merito a vicende umane, comunque difficili e molto dolorose, quali quella di Eluana Englaro.

Questo obiettivo, è raggiunto in parte con la Legge 219/2017 definita giustamente da Giuseppe Anzani “una legge grigia”³⁵.

La Legge contiene certamente contenuti positivi, per altro condivisi da tempo, come l'aver ribadito che il diritto alla salute non significa curarsi ad ogni costo, né la possibilità dei medici di curare anche contro la volontà dei pazienti. La Legge inoltre promuove e valorizza la relazione di cura (che di fatto è una alleanza terapeutica allargata), la possibilità dell'ammalato di rinunciare di ricevere, in tutto o in parte, le informazioni sugli accertamenti diagnostici e trattamenti sanitari, il tempo della comunicazione considerato come tempo di cura del malato, il richiamo alla terapia del dolore (già prevista dalla Legge 15/3/2010 n. 38), il rispetto dei diritti fondamentali ed in particolare del diritto alla vita dei minori e delle persone non in grado di intendere e volere, la formazione continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie.

Ma la Legge contiene anche alcuni errori e non brilla per chiarezza³⁶.

Ciò nonostante, è di fondamentale importanza cercare di darne una corretta interpretazione non solo per evitare una deriva eutanasi (in particolare per quanto riguarda alimentazione ed idratazione), ma anche per non alimentare dubbi sulla possibilità dei Medici sia di non assecondare le richieste dei pazienti che di non attenersi alle DAT.

L'errore più grave contenuto nella Legge, e riguardante solo “ogni persona capace di agire” è contenuto nella terza frase del 5° comma dell' Art. 1 dove la Legge considera “trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione

³⁴ Si tratta del Disegno di Legge “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” (Relatore l' On. Raffaele Calabrò) che:

- riconosceva e tutelava la vita umana quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell' esistenza nell' ipotesi in cui la persona non fosse più in grado di intendere e volere, fino alla morte accertata nei modi le legge;
- vietava forme di eutanasia e di assistenza o di suicidio assistito;
- definiva alimentazione ed idratazione forme di sostegno vitale fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita, non potevano essere oggetto di DAT, e potevano essere interrotte solo se non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo;
- le DAT non erano comunque vincolanti per il medico.

³⁵ Vedi “Applicare la legge sulle DAT con onestà, rispetto e coraggio” – Avvenire 31 gennaio 2018

³⁶ Per esempio il 5° comma dell' Art.1, pur esponendo in buona parte concetti condivisibili, li presenta in modo confuso.

artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica , di nutrienti mediante dispositivi medici”.

Terapia e cura non sono sinonimi. Infatti con *terapia* si intende un trattamento sanitario finalizzato alla guarigione del malato o a una sua stabilizzazione, mentre la *cura* è ogni presidio assistenziale destinato, appunto, alla cura della persona. Chi mai potrebbe definire terapia la somministrazione di cibo (per suo stessa natura nutriente) dato con un cucchiaino ad un disabile? Senza cibo il disabile morirebbe. Anche se il mezzo con cui l'alimentazione è somministrata non è ordinario, l'alimentazione non perde la sua essenza e finalità primaria. Analogamente dicasi per l'idratazione.

Insomma nutrizione ed idratazione artificiale devono essere considerate sempre presidi vitali ed assistenza di base al pari del riscaldamento e dell'igiene personale.

In ogni caso, se i trattamenti sono necessari alla sopravvivenza, il medico dovrà parlare e dialogare anche con i familiari; dovrà sostenere, assistere, chiedere aiuto ai servizi di sostegno psicologico del malato.

Dalla lettura del testo appare comunque che solo la nutrizione artificiale (in quanto di per sé *nutriente*) rientrerebbe (erroneamente) tra quelli considerati trattamenti sanitari e, in quanto tale, passibile di rinuncia da parte del paziente al fine di evitare una sorta di accanimento terapeutico. L'idratazione artificiale invece, non essendo per sua natura nutriente, non può essere definita trattamento sanitario per cui la sua somministrazione non può configurarsi come accanimento terapeutico.

In ogni caso è bene chiarire che, mentre ovviamente non si può impedire ad una malato in grado di intendere e volere di rifiutare il trattamento terapeutico anche salvavita, tale eventualità non può verificarsi per il malato non in grado di intendere e volere. Il rifiuto o la rinuncia a trattamenti salvavita esige, secondo la norma, l'attualità. Ovvero il medico deve poter prospettare al paziente le conseguenze, le alternative e le azioni di sostegno anche psicologiche e ciò non è materialmente possibile con questi pazienti.

Quindi per questi malati non è possibile dare seguito alle richieste di sospensione di trattamenti salvavita eventualmente inserite nella DAT che comunque non sono vincolanti, anzi che esigono, di essere disattese come esplicitamente previsto nell' Art. 4 comma 5 della Legge che recita: “ *le (DAT) possano essere disattese in accordo con il fiduciario, qualora (le stesse) appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente, ovvero sussistano terapie non prevedibili all' atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita”.*

Aggiungo che questa legge *appesantisce* in alcuni passaggi la professione del medico che rischia di diventare un burocrate e non il garante sanitario del bene integrale della persona³⁷.

Ma una corretta interpretazione della Legge, permette di confermare che la professione del medico deve essere orientata a *“prendersi cura”* del malato e non ad una ossessiva e dettagliata informazione sulle sue condizioni di salute.

In merito invece all’ obiezione di coscienza, la cui mancata citazione è stata oggetto di accese prese di posizione, va detto che la Legge non la prevede perché, al comma 6 dell’ Art. 1 il testo, dopo aver previsto che: *“Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile e penale”*, aggiunge : *“Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste , il medico non ha obblighi professionali”*.

Tale ultima precisazione, significa che per la legge non ci sono obblighi (e quindi non ha senso parlare di obiezione di coscienza) se il medico ritiene che il trattamento sanitario richiesto o la rinuncia al trattamento stesso, sia contrario alla legge o alla deontologia professionale o alla buona pratica clinica (art. 1 comma 6 seconda parte)

Anche per questo aspetto così importante vale quanto detto precedentemente circa la mancanza di un testo che non desse aditi a varie interpretazioni non fosse altro per evitare contenziosi con il fiduciario del malato³⁸.

Allo stato attuale comunque è necessario uno sforzo interpretativo sistematico del testo per evitare pericolose interpretazioni. E’ necessario cioè ribadire che anche per la stessa Legge 219/2017:

³⁷ Nella pretesa astratta delle informazioni di cui all’ art. 1 comma 3, può infatti sembrare che vi sia un eccesso circa gli obblighi informativi del medico.

³⁸ Non sono infine da sottovalutare due aspetti importanti: le aspettative di malati gravi, umanamente comprensibili ma non attinenti alla legge in esame (come documentato dalla lettera aperta del 10/11/2017 scritta dal Presidente del Movimento per la Vita Italiano Gian Luigi Gigli a Michele Gesualdi allievo di Don Lorenzo Milani e qui di seguito riportata) e la possibilità, fin dall’ Art. 1, di una lettura che sottende la disponibilità della vita umana, mentre di fatto la norma vuole tutelare l’ autonomia del malato nel decidere il percorso terapeutico.

Lettera aperta del 10 /11/2017 scritta dal Presidente del Movimento per la Vita Italiano Gin Luigi Gigli a Michele Gesualdi allievo di Don Lorenzo Milani.

«Caro Michele, ho letto con amarezza la tua lettera, pubblicata con grande evidenza il giorno di Ognissanti dal ‘Corriere Fiorentino’.....La lettera, drammatica come tutte quelle scritte da chi sa di essere vicino alla morte, contiene tuttavia alcune inesattezze che sarebbe bene precisare proprio per evitarne l’uso strumentale, un uso che a te risulterebbe certamente sgradito. Come tu hai ben descritto, nella Sla l’aggravarsi della malattia finisce per togliere al paziente la capacità di scrivere e poi anche quella di parlare, ma non toglie mai alla persona la possibilità di intendere e volere ed è proprio questo a caratterizzarla drammaticamente. Invocare quindi, da parte tua, l’approvazione della legge per non vederti imporre un respiratore durante una crisi respiratoria, non ha nulla a che fare con le Dat. Queste si chiamano disposizioni anticipate proprio perché espresse in previsione di uno stato di incoscienza con incapacità decisionale. Più propriamente dunque la tua preoccupazione ha a che fare con il consenso informato alle cure. Ma affinché la tua volontà sia rispettata non hai bisogno che sia approvata la legge. Quelle esistenti la tutelano già e nessun medico potrebbe praticarti una tracheotomia contro la tua volontà...”

- non è in gioco il principio della indisponibilità della vita,
- l'idratazione artificiale, essendo sostegno vitale e non trattamento sanitario, non può essere sospesa,
- non ha senso parlare di obiezione di coscienza non prevedendo la Norma obblighi per il medico,
- le DAT non sono vincolati per il personale medico che ne dia motivata giustificazione.

Ma servirà soprattutto lo sforzo di tutti per creare un clima culturale nel quale vi sia il più assoluto rispetto della persona nelle *frontiere estreme* della sua esistenza ma anche, come verrà esposto nel § 4.3, coordinare ed integrare i servizi di assistenza ai malati, ai sofferenti ed alle loro famiglie affinché nessuno si senta di peso nelle nostre comunità.

“Ora più che mai - conclude il Prof. Alberto Gambino, Presidente dell'Associazione Scienza e Vita, nel comunicato con il quale ha dato notizia dell'approvazione della Legge - è necessario che tutte le realtà che da sempre, a diversi livelli, si assumono la cura delle persone più fragili e indifese si impegnino congiuntamente per scongiurare derive di abbandono terapeutico provocate dalla lettura autodeterministica di questa legge. Scienza & Vita è pronta a promuovere un tavolo di lavoro e di tutela insieme a organizzazioni e movimenti, società scientifiche e associazioni di categoria, ospedali e case di cura, pazienti e caregivers, giuristi e bioeticisti affinché nessuno possa mai essere prevaricato in nome di una legge che non ha voluto”.

La sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio assistito

Dopo quasi due mesi dalla pubblicazione del comunicato del 25/9/2019, con cui l'ufficio stampa della Corte Costituzionale rendeva nota una sintesi della decisione presa dalla Corte all'udienza 24-25/9/2019 sui limiti della perseguibilità penale dell'aiuto materiale all'esecuzione del suicidio (una delle ipotesi previste dall'art. 580 CP), è stata pubblicata la sentenza 242/2019 cui il comunicato faceva riferimento.

La sentenza fa seguito all'ordinanza 207/2018 emessa dalla stessa Corte il 24/9/2018 con cui, riservandosi di decidere il merito dell'eccezione di legittimità costituzionale sollevate dalla Corte di Assise di Milano in relazione al suicidio di Fabiano Antoniani (Dj Fabo) assistito da Marco Cappato, la Corte aveva rinviato la relativa trattazione all'udienza del 25/9/2019, auspicando che nel frattempo intervenisse il Parlamento *“in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale”*.

La Corte forniva inoltre al Parlamento linee direttive e limiti per l'intervento in sede penale sull'art. 580 CP, anticipando la necessità costituzionale di prevedere una circoscritta ipotesi di non punibilità dell'agevolatore materiale dell'altrui suicidio (che è stata formalizzata con la sentenza 242/2019).

Nella stessa ordinanza la Corte aggiungeva la previsione della possibilità (che poteva esser letta come auspicio, seppur estraneo alla competenza della Corte e privo

di qualsiasi carattere vincolante), che il legislatore, nella sua discrezionalità politica, introducesse l'ipotizzata esimente penale *“inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge 219/2017 e del suo spirito, in modo da iscrivere questa opzione nel quadro della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima”*.

Si fa presente però che la Corte, nella sentenza, ha abbandonato l'ipotesi di inserire la disciplina del suicidio assistito nel contesto della Legge 219/2017 e di una disciplina civilistica di tutta la materia, e si è limitata ad invitare il Legislatore all'inserimento integrativo delle modalità degli accertamenti e delle verifiche necessarie per poter meglio applicare la causa di non punibilità prevista.

Nella sentenza la Corte, preso atto che il Parlamento non è nel frattempo intervenuto e che nessun intervento del legislatore risultava imminente, ha ritenuto di non poter *“ulteriormente astenersi dal pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il vulnus costituzionale già riscontrato con l'ordinanza n. 207 del 2018”*.

Lasciando a trattazioni specifiche l'esame dettagliato del contenuto della sentenza³⁹, e limitandoci in questa sede ad una sua sintetica illustrazione, va messo in evidenza che la Corte non riconosce alcun *'diritto alla morte'* (e cioè un diritto soggettivo) con il conseguente diritto ad ottenere dallo Stato (o da terzi) un aiuto direttamente finalizzato a morire.

La Corte si è pronunciata infatti, solo in campo penale e limitatamente all'ipotesi di aiuto al suicidio realizzato attraverso l'intervento materiale di terzi nell'esecuzione dell'atto suicidiario e, solo nel caso che il richiedente stesso sia:

- tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale (che dovranno intendersi, per tali, macchinari e/o apparecchiature elettromedicali),
- affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili,
- pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (e quindi mai minore o incapace).

Inoltre, il proposito di suicidarsi dovrà essersi formato autonomamente e liberamente senza pressioni, condizionamenti o interventi esterni e dovranno essere state intraprese adeguate azioni di sostegno e prospettate le possibili alternative.

Non solo ma la non punibilità (che, si badi bene, non è un diritto e che dovrà essere dichiarata da un Giudice) dovrà essere subordinata al rispetto delle condizioni/modalità di cui agli art. 1 e 2 della recente legge n.219/2017 ed alle necessarie verifiche del SSN.

In base a quanto premesso, dalla sentenza 242/2019 emerge che:

- l'ottenimento dell'aiuto al suicidio non costituisce un diritto soggettivo;
- nessuno può esser tenuto ad agevolare il suicidio;

³⁹ Vedi *“Commento alla Sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sull'art. 580 CP”* di Sergio Trentanovi e, Gio Batta Gottardi pubblicato dal Servizio Studi della Corte Costituzionale in *“Aiuto al suicidio e profili giuridici del fine vita dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019”* - Febbraio 2021

- nessuna struttura pubblica né privata è obbligata a creare un servizio relativo;
- conseguentemente, non prevedendo obblighi, non è prevista alcuna obiezione di coscienza;
- potrebbe esser mantenuta una responsabilità disciplinare per medico od operatore sanitario che agevoli il suicidio;
- l'ottenimento di aiuto al suicidio non può far parte delle DAT;
- l'aiuto al suicidio non può far parte di pianificazione condivisa delle cure.

Si ricorda infine che nell'ordinanza 207/2018, a cui la sentenza si richiama, viene esplicitamente detto che: "E' compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo dell persona umana (Art. 3, secondo comma Costituzione)."

Con tale affermazione vengono di fatto richiamati i doveri inderogabili di solidarietà" sanciti all' art. 2 della nostra Costituzione.

Richiesta di referendum abrogativo parziale dell' Art. 569 Codice Penale (CP) promosso nel 2021 dal Comitato "per l'eutanasia legale"⁴⁰

Il Comitato per 'l'eutanasia legale', di orientamento radicale, ha presentato, con richiesta pubblicata su GU 21/4/2021, una proposta di **referendum abrogativo parziale dell'art. 579 CP (omicidio del consenziente)**, intitolandola 'per l'eutanasia legale'. Con essa si chiedeva di cancellare l'ipotesi-base del reato (l'omicidio del consenziente in quanto tale), mantenendo la rilevanza penale del fatto – pena dell'omicidio- per le sole ipotesi aggravate della norma (cioè quando la vittima è persona minore di anni 18, o inferma di mente o in condizioni di infermità o deficienza psichica, oppure quando si tratti di persona il cui consenso sia stato estorto o carpito con violenza, minaccia, suggestione o inganno).

La richiesta è stata giudicata inammissibile dalla Corte Costituzionale nella udienza del 15/2 u.s. perché "non sarebbe stata preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili».

Anche se questa decisione della Consulta, di particolare rilevanza, sarà oggetto di un commento specifico nel successivo paragrafo nel quale illustreremo la relativa sentenza, riteniamo qui comunque opportuno esporre i motivi per i quali auspicavamo il rigetto della richiesta.

In sostanza **se il quesito abrogativo**, per il quale erano state raccolte e convalidate poco più delle cinquecentomila firma necessarie, fosse stato **ammesso dalla Corte Costituzionale e poi approvato in sede referendaria**, non si sarebbe affatto venuto a legalizzare o comunque considerare penalmente irrilevante,

⁴⁰ Estratto dall' intervento del Dott.Sergio Trentanovi all' incontro sul tema organizzato dal MpV di Padova il 18/10/2021).

‘soltanto’ ogni forma di eutanasia attiva e passiva, ma **si sarebbe legalizzato addirittura ogni omicidio, per qualsiasi causa, purchè ‘consentito’ in qualsiasi forma dalla stessa vittima.** Ciò senza la previsione di alcuna causa, motivo o ragione di sofferenza ‘legittimante’ e senza necessità di nessun accertamento, preventivo o successivo all’evento-morte, nemmeno sulle motivazioni del consenso; e, naturalmente, senza la previsione di alcun preventivo percorso di ‘cura’ né in qualsiasi modo dissuasivo.

Tralasciando in questa sede i pur gravi dubbi ‘tecnico-formali’ sull’ammissibilità del quesito in relazione alla mancanza di chiarezza, e passando subito alla valutazione sostanziale: è evidente il contrasto diretto del quesito con i principi fondamentali di cui agli Art. 2-3-32 Cost., posti a base della sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio assistito (di cui all’ Art. 580 CP), e della stessa Legge 219/2017 (art.1 comma 1: ‘la presente legge...tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità ed all’autodeterminazione della persona...’).

In particolare poiché, in conseguenza della approvazione del quesito referendario, sarebbe diventata sempre penalmente irrilevante l’uccisione di un essere umano purchè con il suo consenso, ciò avrebbe contrastato radicalmente:

- con gli obblighi di ‘garanzia e tutela dei diritti inviolabili dell’uomo’ (e tra di essi, primo e presupposto, il diritto alla vita) che la Repubblica si assume il “compito” di assicurare direttamente, anche richiedendo a tutti “l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà” (artt.2-3 Cost.),
- con la citata sentenza 242/2019 che ribadisce che esiste solo il diritto alla vita e non il diritto a morire.

Inoltre era evidente il contrasto con l’art.3 della Costituzione, in particolare con i principi di eguaglianza e ragionevolezza, perché, mentre sarebbe rimasto punito, dall’Art. 580 CP, il meno grave reato di aiuto al suicidio, sarebbe diventato penalmente lecito l’ancor più grave attentato al diritto alla vita costituito dall’uccidere una persona con il suo consenso (Art.579 CP).

La sentenza della Corte Costituzionale 242/2019 relativa all’ Art. 580 CP, invece, non ha affatto abolito il reato di aiuto al suicidio, ma ha soltanto previsto una limitatissima causa di non punibilità di chi agevoli il suicidio solo nella fase esecutiva, collegandola a tassative condizioni di eccezionale sofferenza del suicida. Ha ribadito anzi che per tutti gli altri casi previsti dall’art.580 CP (in particolare determinazione, istigazione o rafforzamento dell’intenzione suicida) deve rimanere integralmente applicabile, senza eccezioni, la pena prevista per l’aiuto al suicidio.

A differenza che nell’omicidio del consenziente (Art. 579 CP), nel reato di aiuto al suicidio (Art.580 CP) la ‘decisione ultima e l’atto esecutivo irreversibile e definitivo, sono comunque compiuti dallo stesso suicida; la Corte sottolinea anzi che per l’applicazione della non punibilità dell’agevolatore deve restare “ferma la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà fino all’ultimo...,il che è insito nel fatto stesso che l’interessato conserva, per definizione, il dominio dell’atto finale che innesca il processo letale” (vedi sentenza 242/2019). Invece nell’omicidio

del consenziente (art.579 CP) è sempre il terzo che provoca, anche esecutivamente e direttamente, la morte della persona.

La sentenza 242/2019 sull'Art.580 si preoccupa di limitare al massimo la possibilità che in una situazione di gravissima sofferenza si verificano interventi esterni non dissuasivi di propositi suicidari e prevede che vada esente da pena (soltanto) chi abbia agevolato "l'esecuzione del proposito di suicidio, liberamente ed autonomamente formatosi, di persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenze che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico competente".

La Corte ha parallelamente ritenuto che non fosse costituzionalmente corretto lasciare che, a seguito di un eventuale "annullamento secco" di una norma penale ritenuta parzialmente incostituzionale, si creassero "intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi per la vita di persone in situazione di vulnerabilità"; pertanto ha previsto condizioni, modalità, limiti, accertamenti e verifiche indispensabili per poter dichiarare non punibile chi abbia agevolato il suicidio altrui. Ed ha ricavato la disciplina contenuta nel dispositivo e nella motivazione dal sistema normativo vigente, in particolare facendo riferimento agli Art.1 e 2 della Legge 219/2017, di cui ha dato, naturalmente, una interpretazione vincolante costituzionalmente orientata (Art. 2, 3 e 32 della Costituzione).

Anche se la norma 'attaccata' dal referendum radicale era quella dell'art.579 CP, diversa e ancor più grave di quella (Art.580 CP) per cui è intervenuta la Corte Costituzionale, è però evidente, in questo contesto, che per il controllo di costituzionalità del quesito referendario proposto valgono gli stessi principi costituzionali sottolineati dalla Corte con la sentenza 242/2019, trattandosi in entrambi i casi di norme poste a tutela e garanzia del rispetto della vita umana.

Ciò premesso, per verificare ulteriormente il radicale contrasto del quesito abrogativo con i principi costituzionali e con le indicazioni vincolanti dettate dalla Corte, **riporto di seguito alcuni dei passi tratti dalla sentenza 242/2019 sull'Art.580 CP :**

- il "diritto alla vita (è) riconosciuto implicitamente – come primo dei diritti inviolabili dell'uomo...in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri – dall'art.2 Cost....nonchè, in modo esplicito, dall'art.2 CEDU "(*Corte Europea diritti dell'uomo*).
- **"Dal diritto alla vita discende il dovere dello Stato di tutelare ogni individuo; non quello, diametralmente opposto, di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire; che dal diritto alla vita, garantito dall'art.2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato del resto da tempo affermato Da ciò consegue che, essendo negato dalla Corte Costituzionale ogni 'diritto al suicidio' non può nemmeno esser prevista la possibilità "dell'obiezione di coscienza del**

personale sanitario, perché la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici"; dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio".

- In relazione all'aiuto al suicidio (ma naturalmente ed a maggior ragione anche in relazione all'omicidio del consenziente) la protezione penale si impone per la "tutela del diritto alla vita, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in essere il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere";
- Non è legittimo contestare il divieto penale "in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana (Art.3, secondo comma, Cost.)"
- **La Corte Costituzionale sottolinea ancora "l'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative", specificando che "l'art.2 della legge n.219/2017 prevede che debba esser sempre garantita al paziente un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative previste dalla legge n.38/2010 "; e, ancora, che essa " spesso si presta...a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita". In ogni caso deve esser sempre garantita "la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà".**
- La stessa Corte ribadisce che non solo devono esser prospettate le "possibili alternative", ma che va promossa "ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica"; è pertanto necessaria la prosecuzione della 'cura' fino al termine della vita. La cura è costituzionalmente irrinunciabile (impossibilità di ogni 'abbandono della cura') nonostante la rinunciabilità dei singoli trattamenti terapeutici; pertanto "il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico"(art.2 primo comma della l. 219/2017).

Bene quindi ha fatto la Corte a dichiarare inammissibile per i motivi sopra ricordati questa richiesta di referendum.

La sentenza 50/2022 della Corte Costituzionale sulla suddetta richiesta di referendum

Come ricordato nel precedente paragrafo, con un comunicato stampa del 15/2 u.s., la Corte Costituzionale ha giudicato inammissibile la richiesta di referendum abrogativo parziale dell' art. 579 del Codice Penale perché *“non sarebbe stata preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili»*.

Con la relativa sentenza 50/2022 (pubblicata in GU il 2/3 u.s.) la Consulta ha mostrato grande coerenza con il contenuto della precedente sentenza 242/2019 (con cui aveva dichiarato non punibile una particolare fattispecie di suicidio assistito) nella quale aveva sottolineato che esiste un “diritto alla vita”, ma non un diritto a morire. Non solo ma dichiarando che non può mai venire meno la tutela della vita umana, particolarmente con persone deboli e vulnerabili, ha confermato che la vita non è solo oggetto di diritto, ma presupposto di ogni diritto.

Con questa sentenza la Corte ha ribadito – in estrema sintesi -, che nessuno può essere legittimato nel por fine alla vita di altri facendo così venir meno il principio della solidarietà.

La rilevanza di questa sentenza, che non è esagerato definire storica, è tale che ritengo opportuno riportarne i passaggi più significativi, lasciando ai giuristi l' analisi dettagliata del testo.

Nelle motivazioni della sentenza, dopo aver esaminato il contenuto della richiesta referendaria, la Corte deduce che :

*“Il risultato oggettivo del successo dell' iniziativa referendaria sarebbe, dunque, quello di rendere penalmente lecita l'uccisione di una persona con il consenso della stessa, fuori dai casi in cui il consenso risulti invalido per l'incapacità dell' offeso o per un vizio della sua formazione.; il testo risultante dall' approvazione del referendum escluderebbe implicitamente, ma univocamente, ... la rilevanza penale dell'omicidio del consenziente in tutte le altre ipotesi: **sicché la norma verrebbe a sancire, all' inverso di quanto attualmente avviene, la piena disponibilità della vita da parte di chiunque sia in grado di prestare un valido consenso alla propria morte, senza alcun riferimento limitativo.***

L'effetto di liceizzazione dell'omicidio del consenziente oggettivamente conseguente alla vittoria del sì non risulterebbe affatto circoscritto alla causazione, con il suo consenso, della morte di una persona affetta da malattie gravi e irreversibili.

Alla luce della normativa di risulta, la “liberalizzazione” del fatto prescinderebbe dalle motivazioni che possono indurre a chiedere la propria morte, le quali non dovrebbero risultare necessariamente legate a un corpo prigioniero di uno stato di malattia con particolari caratteristiche, potendo connettersi anche a situazioni di disagio di natura del tutto diversa (affettiva, familiare, sociale, economica e via dicendo), sino al mero taedium vitae, ovvero pure a scelte che implicano, comunque sia, l' accettazione della propria morte per mano altrui. Egualmente irrilevanti risulterebbero la qualità del soggetto attivo (il quale

potrebbe bene non identificarsi in un esercente la professione sanitaria), le ragioni da cui questo è mosso, le forme di manifestazione del consenso e i mezzi usati per provocare la morte (potendo l'agente servirsi non solo di farmaci che garantiscano una morte indolore, ma anche di armi o mezzi violenti di altro genere). Né può tacersi che tra le ipotesi di liceità rientrerebbe anche il caso del consenso prestato per errore spontaneo e non indotto da suggestione”.

Di seguito la Corte ribadisce il valore “apicale” del diritto alla vita, diritto su cui si fonda la stessa nostra Costituzione.

Dice infatti la Corte :

“ Nel caso oggi in esame viene in considerazione un valore che si colloca in posizione apicale nell’ambito dei diritti fondamentali della persona.

Come questa Corte ha avuto modo di chiarire in più occasioni, **il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall’art. 2 Cost., è «da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell’ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono – per usare l’espressione della sentenza n. 1146 del 1988 – “all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana”» (sentenza n. 35 del 1997)⁴¹. Esso «concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona» (sentenza n. 238 del 1996).**

Posizione, questa, confermata da ultimo, proprio per la tematica delle scelte di fine vita, nell’ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019 (riguardante l’ aiuto al suicidio), ove si è ribadito che **il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall’art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall’art. 2 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, è il «“primo dei diritti inviolabili dell’uomo” (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l’esercizio di tutti gli altri», ponendo altresì in evidenza come da esso discenda «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire».**

Rispetto al reato di omicidio del consenziente, può, d’altro canto, ripetersi quanto già osservato da questa Corte in rapporto alla figura finitima dell’aiuto al suicidio (ordinanza n. 207 del 2018). Se è ben vero, cioè, che il legislatore del 1930, mediante la norma incriminatrice di cui all’art. 579 cod. pen., intendeva tutelare la vita umana intesa come bene indisponibile anche in funzione dell’interesse che lo

⁴¹ Ricordiamo in proposito che la sentenza n. 35/1997 della Corte Costituzionale (con la quale, nel gennaio 1997 è stata bocciata la richiesta del Partito Radicale di referendum abrogativo della legge 194 che ha legalizzato l’ aborto in Italia) ribadendo “[il] diritto di cittadinanza del concepito”, ha evidenziato che “... si è rafforzata la concezione , insita nella Costituzione italiana in particolare nell’ art.2, seconda la quale il diritto alla vita, inteso nella sua estensione più alta, sia da iscriversi fra i diritti inviolabili dell’ uomo, e cioè tra quei diritti che occupano nell’ ordinamento una posizione , per così dire, privilegiata, in quanto appartengono all’ essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana.”

Stato riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini, non è però affatto arduo cogliere, oggi, la ratio di tutela della norma «alla luce del mutato quadro costituzionale, che guarda alla persona umana come a un valore in sé, e non come a un semplice mezzo per il soddisfacimento di interessi collettivi».

Vietando ai terzi di farsi esecutori delle altrui richieste di morte, pur validamente espresse, l'incriminazione dell'omicidio del consenziente assolve, in effetti, come quella dell'aiuto al suicidio (ordinanza n. 207 del 2018), allo scopo, di perdurante attualità, di proteggere il diritto alla vita, soprattutto – ma occorre aggiungere: non soltanto – delle persone più deboli e vulnerabili, in confronto a scelte estreme e irreparabili, collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate.

A questo riguardo, non può non essere ribadito il «cardinale rilievo del valore della vita», il quale, se non può tradursi in un dovere di vivere a tutti i costi, neppure consente una disciplina delle scelte di fine vita che, «in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale», ignori «le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite» (ordinanza n. 207 del 2018). Quando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima

Già in occasione di uno dei referendum sull'interruzione della gravidanza, questa Corte ha del resto dichiarato inammissibile la richiesta referendaria, richiamando la necessità di una tutela minima per situazioni che tale tutela esigono secondo la Costituzione, con specifico riferimento al diritto alla vita (sentenza n. 35 del 1997)».

Concludo il breve esame di questa sentenza con l'auspicio che questa pronuncia della Corte ponga definitivamente fine alle diverse e contraddittorie interpretazioni delle legge 219/2017 (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) e, in particolare, sulle DAT che non possono mai giungere a posporre il valore assoluto della vita alla astratta volontà espressa dalla persona quando non era ancora intervenuta la causa della sua sofferenza, come interpretabile con una corretta lettura della Legge 219/2017 (art. 4-3-1).

Ipotesi di interventi normativi e limiti⁴²

Premessa

Circa la necessità di un intervento normativo, chiarito che la sentenza della Corte costituzionale 242/2019 sul suicidio assistito è auto-applicativa ed è pertanto immediatamente esecutiva, a prescindere da ogni intervento del legislatore, il suddetto intervento è però opportuno per assicurare, nell'alveo dei

⁴² Estratto da “Persona e Danno “ del 27/1/2022 di Sergio Trentanovi (magistrato in pensione) e Gio Batta Gottardi (medico) Membri del Comitato di Etica per la Pratica Clinica Azienda ULSS 7 Pedemontana del Veneto.

principi dettati dalla Corte costituzionale e ribaditi con assoluta chiarezza dalla sentenza 50/2022, una più efficace capacità di cura della persona sofferente; ciò è possibile attraverso “scelte discrezionali che solo il legislatore può adottare”.

Questo al di là dei limiti che la stessa Corte non ha potuto superare dovendosi limitare a fornire con la sentenza un'interpretazione, anche se integrativa e 'creativa', del tessuto normativo già vigente (per questo utilizzando ampiamente, in particolare, le disposizioni della legge 219/2017 sul consenso informato, ma anche quelle della legge 38/2010 sulle cure palliative e del DL 158/2012 sui comitati etici).

In questo senso va letta l'esortazione al legislatore, contenuta nella stessa sentenza 242/2019, a prevedere in un campo così delicato quale quello della sofferenza umana, “una sollecita e compiuta disciplina... conformemente ai principi precedentemente enunciati”. Solo con interventi del legislatore mirati in questo senso, si potrà assicurare, all'interno del quadro costituzionale delineato e nel rispetto dei limiti posti dalla Corte, una effettiva uniformità di trattamento, superando “molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSN e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie. ...”, mentre “la necessaria offerta effettiva di cure palliative e di terapia del dolore...dovrebbe rappresentare una priorità assoluta per le politiche della sanità. Altrimenti si cadrebbe nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza aver prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative”.

“L'esigenza del coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative”, la cui effettività deve esser sempre garantita, così come il “promovimento di ogni azione di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore” costituiscono - secondo la sentenza n.242/2019- requisito essenziale per l'effettività della cura dei pazienti che si trovano nella fase terminale della vita e presuppongono “una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza”.

Questa constatazione-esortazione della Corte focalizza, positivamente e negativamente assieme, lo stato dell'arte nell'approccio socio-sanitario alla fase finale della vita , da un lato con la grandezza di molti principi dettati (quali quello secondo cui “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”: comma 8 della legge 219/2017; o quello secondo cui “è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge n.38/2010”: art.2 comma 2 della stessa legge) e dall'altro, con l'insufficienza della loro concreta attuazione nei diversi contesti territoriali e nelle concrete condizioni di difficoltà organizzative generali ed 'emergenziali', più o meno previste o prevedibili.

Valga, quale esempio, la situazione del nostro servizio socio-sanitario che, di fatto non è stato messo davvero in grado, neppure dopo due anni di emergenza-covid, di fronteggiare adeguatamente le pur eccezionali difficoltà collegate alla pandemia; tenendo conto però che esse hanno solo acuito carenze già prima facilmente rivelabili e – almeno in buona parte - superabili (anche per obbligo costituzionale connesso al carattere primario della tutela dei diritti alla

vita ed alla salute: artt. 2-3-32 Cost.) con l'acquisizione ed il miglior impiego di risorse che sono a qualsiasi livello disponibili.

In questo contesto si pone l'assoluta essenzialità di attuare effettivamente, nell'organizzazione del servizio socio-sanitario, i diritti alla cura individuale, alla palliazione ed al sostegno previsti dalle leggi 217/2019 e 38/2010; leggibili a loro volta, come indica la Corte Costituzionale, quali tentativi di permettere l'attuazione concreta dei fondamentali artt. 2-3-32 della Costituzione (si veda in tal senso, espressamente, il primo comma dell'art. 1 della legge 219/2017).

Gli interventi nell'intero campo sociosanitario vanno focalizzati alla loro effettiva rapida attuazione, con visione ampia, coordinata ed inserita in una programmazione unitaria, a tappe ravvicinate adeguatamente finanziate. **Questo vale soprattutto nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, in cui è necessario superare ogni particolarismo, ogni frammentazione ed egoismo territoriale per garantire davvero a tutti, nell'intero territorio nazionale, 'livelli essenziali di assistenza': di essi fanno parte, a pieno titolo, 'il programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia', 'il diritto all'assistenza domiciliare' anche specialistica, il diritto ad un 'adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia', il 'diritto alle cure palliative' e il 'diritto ad un'appropriata terapia del dolore', fino alla 'sedazione palliativa profonda continua'.**

Questo esigono non solo la Costituzione ma, già a legislazione vigente, gli Art. 1 e 2 della Legge 38/2010 e l'art.2 della legge 219/2017. Pertanto, deve esser organizzata concretamente la loro effettiva attuazione in tempi ravvicinati, anche attraverso un'adeguata formazione e campagne istituzionali di informazione. Per garantire l'attuazione dei principi espressi sono necessarie, quanto meno, linee-guida nazionali unitarie assieme ad effettivi finanziamenti che privilegino la permanenza e l'assistenza domiciliare e realizzino una vera 'continuità assistenziale anche specialistica' (art. 2, comma 1 della legge 219/2017 che richiama le specifiche previsioni dell'intera legge 38/2010).

In specifica relazione alla sentenza della Corte costituzionale 242/2019 va previsto, nell'ambito dei compiti di verifica e controllo sulle condizioni e i requisiti indispensabili per il giudizio di non punibilità dell'aiuto al suicidio, uno schema attuativo unitario e non frammentato o dipendente solo da iniziative regionali e/o delle singole AULSS, con precisazione di competenze e tempistiche d'intervento, prima e dopo la realizzazione del suicidio assistito. Un parallelo intervento normativo sarebbe opportuno anche per precisare meglio le modalità di espressione del parere "dell'organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità"; organo attualmente identificato - in base alla legislazione vigente- nel Comitato etico territorialmente competente.

Negli interventi normativi vanno rispettati rigorosamente tutti i principi ed i limiti/condizioni posti dalla sentenza della Corte costituzionale, sottolineati nei capitoli precedenti. **Va ribadito che la scelta del paziente di suicidarsi (anche con**

l'aiuto di terzi) non costituisce diritto soggettivo, né crea alcun dovere di esecuzione da parte di strutture pubbliche o private o comunque di terzi (è perciò inammissibile ogni problematica relativa all'obiezione di coscienza, di cui manca il presupposto, costituito da un obbligo di partecipazione che nel caso di specie non può esser previsto). La struttura del SSNN incaricata ha infatti solo compiti di accertamento-verifica delle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio, e non può partecipare attivamente e/o direttamente alla sua esecuzione; il suo compito anzi, connesso alla 'cura del paziente', si sostanzia anche nel contribuire a realizzare le condizioni per cui la persona sofferente possa modificare/revocare il proposito suicida.

Rimane esclusa dalla discrezionalità del legislatore, per i limiti stessi che pone la sentenza della Corte Costituzionale 242/2019 in attuazione degli artt.2-3-32 della Costituzione, la possibilità di prevedere una causa di giustificazione o di non punibilità per chi attui o comunque in qualsiasi modo concorra nell'omicidio di una persona consenziente (art. 579 CP), anche se per motivazioni riferibili ad intenzioni eutanasiche. Resta invece affidata alla scelta discrezionale del legislatore la possibilità di prevedere in questi casi, rientranti nel reato di omicidio del consenziente, una circostanza attenuante speciale quando l'omicidio stesso sia effettivamente motivato da serie circostanze di carattere eutanastico.

La delicatezza della materia e la sua connessione diretta con esseri umani sofferenti impongono con particolare forza al legislatore di utilizzare, per l'eventuale intervento normativo, un frasario semplice, non burocratico e comprensibile anche da persone non particolarmente qualificate, evitando di ricorrere, per quanto possibile, a rinvii formali ad altre leggi e/o normative.

Osservazioni critiche in merito alla proposta di legge sul suicidio attualmente in discussione in Parlamento

Costituisce, a nostro avviso, **un esempio di intervento normativo inadeguato la cosiddetta "proposta Trizzino-Bazoli"**⁴³ (su cui le Commissioni II e XII della Camera dei deputati hanno già espresso parere favorevole) intitolata 'Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita', con cui si vorrebbe integrare, con disposizioni attuative, la sentenza della Corte costituzionale 242/2019.

Questa proposta trascura la necessità, reiteratamente sottolineata dalla Corte costituzionale, **di inserire la limitata causa di non punibilità** di chi, nei ristretti casi previsti, agevoli esecutivamente il suicidio della persona sofferente, **in un quadro socioassistenziale generale che possa effettivamente garantire per tutti, nell'intero territorio nazionale, l'accesso e la fruizione delle cure palliative e della terapia del dolore.** Questo impegno attuativo, di fatto, fino ad oggi non è stato realizzato, ma non è neanche stato preso in esame dalla proposta Trizzino-Bazoli.

⁴³ In estrema sintesi questa proposta, se approvata dal Parlamento, trasformerebbe una eccezione di non punibilità (vedi sentenza 242/2019 CC) in un diritto garantito dallo Stato.

Eppure, esso dovrebbe essere il presupposto legittimante della non punibilità dell'aiuto al suicidio e dovrebbe già esser stato realizzato in attuazione degli artt. 1 e 2 della legge 219/2017 e degli artt. 1, 2 e 3 della legge 38/2010. Solo così si sarebbero potuti e si potrebbero superare, come indica la sentenza 24272019 della Corte, “molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSNN, e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie, che dovrebbe rappresentare, invece, una priorità assoluta per le politiche della sanità.” Come sottolinea ancora la Corte, “si cadrebbe altrimenti nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza aver prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative”.

La proposta Trizzino-Bazoli, ove approvata dal Parlamento, rafforzerebbe proprio questo effetto negativo e paradossale, poiché finalizza ogni intervento solo a burocratizzare macchinosamente, evitando ogni onere per lo Stato, le disposizioni della sentenza 242/2019, realizzando un articolato procedimento medicalizzato 'neutro', che ne travolge, oltre ai limiti giuridici, anche ogni finalità dissuasiva; e trascura le preoccupazioni e le esigenze culturali e deontologiche che animano la sentenza e ne configurano gli argini costituzionali.

Trattandosi ancora di una proposta, si ritiene superfluo in questa sede un esame analitico di tutte le singole disposizioni, bastando **alcune osservazioni generali per evidenziarne, ove necessario, anche l'incostituzionalità.**

1. La proposta, al di là delle incertezze tecnico-lessicali e terminologiche, **prevede il riconoscimento di un vero e proprio 'diritto al suicidio** e ad ottenere assistenza al suicidio' nei confronti delle strutture del servizio sanitario nazionale e detta le relative modalità, inutilmente burocratiche (Art.5), peraltro senza alcuna efficacia dissuasiva. **In sostanza lo Stato, attraverso il SSNN, non verrebbe più ad avere solo un obbligo di controllo e verifica sul 'procedimento medicalizzato di assistenza al suicidio'** ai fini del riconoscimento eventuale della causa di non sanzionabilità penale creata dalla Corte, **ma diventerebbe un vero e proprio diretto co-organizzatore necessario dell'esecuzione del proposito suicida.** Chi ha scelto la strada del suicidio assistito potrebbe così 'pretendere' dal SSNN la realizzazione dell'aiuto organizzato alla sua esecuzione. **Ciò contrasterebbe con quanto stabilisce espressamente la sentenza 242/2019.** In particolare, in relazione alla specifica problematica, la Corte infatti ha disposto, tra l'altro: **“Dal diritto alla vita discende il dovere dello Stato di tutelare ogni individuo; non quello diametralmente opposto, di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire”.** Essa ha creato soltanto una 'condizione di non punibilità' dell'agevolatore, non conferendo al paziente suicida alcun diritto soggettivo nei confronti dello Stato o di terzi; conseguentemente, nessun obbligo di intervento – eccetto il controllo della procedura- grava a carico dello Stato, delle sue strutture o di terzi.

2. Da questa incostituzionale estensione a diritto soggettivo di una limitata condizione di non punibilità per chi agevoli l'esecuzione del suicidio, operata dalla proposta Trizzino-Bazoli, discende il riconoscimento del **diritto all'obiezione di coscienza** (Art.6) del personale sanitario (anch'esso, per quel che vale, formulato in maniera macchinosa e burocratica). **Esso, evidentemente, non avrebbe avuto alcun senso se la proposta si fosse limitata ad esplicitare il riconoscimento di una condizione di non punibilità per i casi di aiuto al suicidio già previsti dalla Corte costituzionale in relazione all'Art. 580 CP. Dispone infatti la sentenza: "Quanto al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato."**
3. La stessa disposizione dell'Art. 8 della proposta, intitolata 'esclusione della punibilità', allarga e stravolge il senso della stessa non punibilità, fino a giungere ad una vera e propria esclusione della rilevanza penale del fatto di agevolazione del suicidio per tutti coloro che l'abbiano realizzata. Questa 'interpretazione' contrasta con le indicazioni vincolanti della sentenza, che espressamente limita il suo intervento (e quello, possibile, del legislatore nel rispetto dei limiti da essa posti) alla creazione di una condizione di non punibilità individuale dell'esecutore. Invece l'articolo 8, con allargamento culturale generalizzato e tecnicamente improprio (oltreché incostituzionale), prevede che 'le disposizioni contenute negli articoli 580 e 593 CP non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita nonché a tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura, qualora esse siano eseguite nel rispetto delle disposizioni della presente legge.' Questa disposizione finisce per superare perfino il limite costituito dal mantenimento, ritenuto dalla Corte costituzionalmente dovuto, della permanente sanzionabilità penale del diverso comportamento di 'determinazione e/o di rafforzamento' dell'altrui proposito di suicidio (prima parte dell'art. 580 CP). Infatti l'aver previsto, in generale e senza esclusioni, la 'non applicabilità' dell'art. 580 CP, esclude di per sé, *tout court*, la possibilità di sanzionare penalmente il personale sanitario e quello amministrativo che ha partecipato 'in qualsiasi modo' al percorso suicida; ciò anche per i diversi e più gravi reati autonomi di 'rafforzamento' o 'determinazione' di questo proposito, pur previsti dallo stesso art.580 CP. Questa disposizione contrasta non solo con gli 'obblighi di garanzia' del diritto alla vita previsti dall'art. 2 della Costituzione (in particolar relazione al ruolo specifico di 'cura' assegnato), ma con gli stessi requisiti

espressamente richiesti dalla Corte per la non punibilità dell'agevolazione all'esecuzione del suicidio: cioè che il 'proposito suicida' si sia 'formato autonomamente e liberamente' e che le decisioni della persona sofferente siano sempre 'pienamente libere e consapevoli' (si vedano in particolare i i punti a-f-h del capitolo 6 di questo articolo).

4. La proposta Trizzino-Bazzoli prevede, in sostituzione della necessità dell'acquisizione del parere del Comitato etico territorialmente competente richiesto dalla Corte ai fini dell'eventuale riconoscimento della condizione di non punibilità (capitolo 6 lettera j n.2 e capitolo 7 di questo testo), un intervento 'diretto ed attivo', nello stesso procedimento, da parte di un 'comitato per la valutazione clinica', da formare appositamente quale struttura interna delle aziende sanitarie locali, seppur con apparente riconoscimento della garanzia di 'autonomia e indipendenza' (art.7 del testo).I suoi compiti sono totalmente diversi da quelli dei Comitati etici il cui intervento è previsto dalla Corte Costituzionale (compiti riassumibili nel "garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità "e nella "salvaguardia di soggetti vulnerabili") per l'espressione - da parte "di un organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze"- di un "parere" non vincolante ai fini del riconoscimento (o della non applicazione) della condizione di non punibilità prevista dalla sentenza 242/2019.I compiti di questo nuovo Comitato, che è tutt'altro che "terzo" nel procedimento, di cui è parte integrante, attiva e propulsiva, invece, non realizzano affatto quelli previsti dalla Corte (di garanzia e di specifica tutela e salvaguardia dei soggetti vulnerabili) ; ma integrano un macchinoso percorso, interno al pur burocratico procedimento medicalizzato organizzato dall'art. 5 della proposta, in cui il 'parere' di questo Comitato, sostanzialmente vincolante, può essere addirittura oggetto di ricorso ad un (non specificato né qualificato) giudice territorialmente competente. Anche sotto questo profilo, pertanto, è evidente il contrasto con i principi della sentenza 242/2019.
5. E' inevitabile constatare come – a prescindere da ogni ulteriore valutazione giuridica ed etica sulla proposta in analisi - essa aggraverebbe ulteriormente i compiti di intervento attivo delle strutture del SSN e, in particolare, del Medico di Medicina Generale (Medico di base), attribuendogli compiti impropri e ruoli propulsivi senza garantirne, tra l'altro, adeguata preparazione.Come si è già sopra sottolineato, questa 'logica –illogica' degli interventi politico-legislativi dimentica totalmente le attuali carenze del SSNN, che sono state aggravate dall'inadeguatezza di quelli operati (o non operati) nel passato remoto e più recente, anche in relazione alla pandemia ormai in corso da oltre due anni (in particolare, ma non soltanto, nei comparti della medicina e dell'assistenza territoriale nonché delle cure palliative); ed 'astrae' ogni intervento normativo dalla sua effettiva 'attualizzabilità' e dalla concreta necessità- costituzionalmente dovuta- di garantire un percorso di effettiva vicinanza e di coinvolgimento nella cura

della persona sofferente , limitandolo invece a simboliche etichette formali. Così non solo non può esser garantita “l’esigenza di coinvolgimento dell’interessato in un percorso di cure palliative”; ma si rischia di realizzare concretamente e moltiplicare, in settori essenziali e delicatissimi connessi alla sofferenza ed alla vulnerabilità umana, quello che la stessa sentenza 242/2019 definisce “il paradosso di non punire l’aiuto al suicidio senza aver prima assicurato l’effettività del diritto alle cure palliative”.

In sintesi **auspichiamo una legge che :**

- **riconosca il diritto alla vita come «primo dei diritti inviolabili dell’uomo», riconoscendo il diritto alla salute ed alla dignità della persona in qualsiasi situazione venisse a trovarsi,**
- **riconosca il diritto del malato alle cure palliative ed alla terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38 e della della Legge 22 dicembre 2017 n. 219;**
- **ne dia effettiva e concreta attuazione prevedendo i necessari finanziamenti e la relativa organizzazione per evitare il “paradosso di non punire l’ aiuto al suicidio senza aver prima assicurato l’ effettività del diritto alle cure palliative” (vedi sentenza 242/2019 Cost.);**
- **riconosca che dall’art. 2 Cost. – non diversamente che dall’art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire;**
- **prenda atto delle sentenze 242/2019 e 50/2022 della Corte Costituzionale; e di conseguenza**

dichiari:

non punibile l’ atto di chi, con le modalità previste dagli art. 1 e 2 della Legge 219/2017 agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona :

- a. tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale;**
 - b. affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili;**
 - c. pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli,**
- sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.**

La Legge deve dare atto che proprio in base alle sentenze della Consulta 242/2019 e 50/2022 non esiste un diritto soggettivo ad ottenere dallo Stato (o da altri) un aiuto al suicidio (o tanto meno l’ eutanasia), pur restando non punibile chi, nelle condizioni suddette agevoli l’ esecuzione del suicidio. Pertanto nessuno può essere tenuto ad assecondare la richiesta di

agevolare il proposito di suicidio (dal che consegue che non avrebbe alcun senso la previsione della obiezione di coscienza).

E' inoltre opportuno che vengano emanate le linee guida contenenti modalità, metodiche ed ogni altro dettaglio necessario ad ottemperare al contenuto della Legge, nonchè le linee guida per dare piena attuazione alla Legge 38/2010 ed all' Art. 2 della Legge 219/2017 **evitando ogni forma di burocratizzazione tale da far divenire il suicidio un servizio garantito dallo Stato.**

4.2 Riscoprire il significato della sofferenza

Oggi è necessario che credenti e non credenti si interrogino sulla sofferenza e cerchino insieme di riscoprirne il significato.

La sofferenza non è solo il segno della nostra miseria ma, come dice Maritain, “nobiltà incomparabilmente feconda e preziosa”.

Certo oggi non sembrerebbe così. Secondo molti la sofferenza è un inutile male che deve essere evitato. Se, come vuole il secolarismo, l' uomo è l' unico padrone di sè, non si capisce perchè non lo si dovrebbe lasciar morire quando vuole ed a maggior ragione quando soffre. Se l' ideale supremo dell' uomo è la felicità ed il benessere, la sofferenza appare inutile.

Questa però non è la nostra risposta. Non è la risposta del credente che trova nella Fede la risposta ultima al perché della sofferenza; non è neppure la risposta di ogni altro uomo che valuti con obiettività a quali aberranti conseguenze si è giunti quando si è ritenuto giustificabile l' eliminazione della vita perchè non sana, non bella, non giovane.

Non c'è dubbio che il problema della sofferenza e' un problema difficile sia che si parli di sofferenza fisica che di sofferenza morale.

Il problema della sofferenza, ed aggiungerei della morte, chiama in causa Dio, il suo amore verso l' uomo. Per molti infatti la presenza della sofferenza e' uno scandalo, anzi la prova che Dio non esiste.

Per tale motivo la sola ragione sembra non bastare per rispondere a questi interrogativi.

Sotto il profilo razionale il male si spiega nella finitezza dell' essere umano. Non e' Dio che vuole il male, ma e' la creatura che di per sè e' soggetta a limitazioni.

Non solo ma, la ragione ci dice anche che il principale responsabile del male è l' uomo, che Dio nella sua infinita bontà lascia libero di agire. Basti pensare alla fame ed alla guerra originate dall' egoismo e dalla sete di potere dell' uomo.

Nasce però un' altra domanda. Perché Dio non ha scelto un ordine diverso nel quale il male non potesse esistere?

Come dicevo a questo angoscioso interrogativo sul piano della pura ragione non c'è una risposta soddisfacente.

Possiamo però osservare che il dolore ha una sua funzione (come dice Maritain), in quanto ci avverte dell'esistenza d'una difficoltà o di un pericolo per il nostro organismo e per la nostra persona, e ci fa ricorrere ai ripari.

Possiamo anche rilevare che tutte le grandi civiltà della storia umana sono la risposta dell'uomo alle sfide della sofferenza e della morte. Se sul suo cammino l'uomo non avesse incontrato le difficoltà, il dolore e il pericolo, non avrebbe realizzato forse nulla di grande e di bello. La storia della civiltà umana è la storia della lotta gigantesca dell'uomo per vincere la sofferenza e la morte.

Possiamo rilevare che solo l'uomo che ha sofferto e che ha coraggiosamente accettato la sofferenza senza essersi lasciato schiacciare dal suo peso, raggiunge la pienezza dell'umanità.

La nostra esperienza ci conferma che l'uomo che soffre fisicamente e moralmente è di stimolo sia alla Scienza medica che alla Società.

La sofferenza fisica (il dolore) è di stimolo alla scienza medica. Infatti l'uomo che soffre fisicamente interroga oggi la Medicina e chiede una risposta in termini di impegno a curare ed assistere il sofferente con il massimo impegno fino al suo spegnersi naturalmente, lenendo per quanto possibile il dolore senza spegnere la speranza.

La sofferenza morale è di stimolo alla Società. Infatti l'uomo che soffre moralmente interroga ognuno di noi e chiede per la sua sofferenza una risposta in termini di solidarietà e gratuità. Ed oggi la nostra Società, che non sa quale risposta dare alla domanda sul senso del proprio esistere, ha particolarmente bisogno di solidarietà e gratuità. Ha bisogno di vedere persone impegnate *gratuitamente* a risolvere difficoltà e problemi, quali quelli che un sofferente ha, in nome della solidarietà che accomuna ogni uomo.

Si capisce allora perchè la sofferenza non vada cercata, ma superata come segno dei nostri limiti.

Si capisce allora quale deve essere la risposta ai casi pietosi che non richiedono:

- nè legalizzazione di procedure
- nè atti di clemenza

ma semplicemente della nostra solidarietà che si esprime nella condivisione delle ansie, dei dolori, delle paure di chi è toccato dalla sofferenza.

Basterà ricordare l'esempio dato da tanti uomini e donne, ne ricordo una per tutti Madre Teresa di Calcutta, che proprio a fianco dei sofferenti hanno conquistato il generale riconoscimento di veri costruttori di pace.

Sembra paradossale, ma è proprio nel momento in cui l'uomo si trova nelle

condizioni di massima povertà che possiamo percepire la grandezza della vita, perché abbiamo la possibilità di capire il valore della vita in sé, nella sua essenzialità e non nella misura in cui viene a coincidere con un nostro interesse.

Ha espresso questo concetto il Cardinal Ratzinger nel Convegno *“Il diritto alla Vita e l’Europa”* organizzato dal Movimento per la Vita Italiano nel dicembre 1987,

Il Cardinale diceva che alla domanda **“Chi è l’uomo”**, aveva cercato di rispondere un filosofo francese Michel Serres (apparentemente non credente) che ricordava che la risposta era stata già data molti secoli prima da Ponzio Pilato. Questi di fronte a Gesù spogliato, flagellato, condannato a morte ha detto: **“Ecce homo!”**

Chi è l’ uomo ? E’ proprio il più debole ed indifeso, colui che non ha potere né voce per difendersi, colui al quale possiamo passare avanti nella vita facendo finta di non vederlo, o magari cercando di toglierlo dalla nostra vista.

Ed invece è a lui che dobbiamo affiancarci per capire cosa è veramente la vita; è a lui dobbiamo rivolgere il nostro sguardo.

Come ha scritto Giovanni Paolo II nell’ Enciclica *Evangelium Vitae* al § 83:

“E’ lo sguardo di chi vede la vita nella sua profondità, cogliendone le dimensioni di gratuità, di bellezza, di provocazione alla libertà e alla responsabilità. E’ lo sguardo di chi non pretende d’ impossessarsi della realtà, ma la accoglie come un dono, scoprendo in ogni cosa il riflesso del Creatore e in ogni persona la sua immagine vivente (cf. Gn1,27; Sal 8,6). Questo sguardo non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso e , proprio in queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà.”

Nasce il sospetto che voler giustificare l’ eliminazione a tutti i costi del dolore del malato, nasconda la nostra incapacità di accompagnarlo nel suo cammino, a volte, molto difficile. Credo che il rifiuto di ogni forma di sofferenza sia tipico di una società il cui obbiettivo pare essere solo la ricerca del benessere.

Si capisce allora come l’ eutanasia costituisca una forma di arbitrio inaccettabile che nasce dalla presunzione dell’ uomo di credersi padrone della vita e della morte. Non è necessario essere credenti per respingere tale prospettiva di lettura della realtà umana e per scoprire nella sofferenza una risposta ai molti problemi dell’ uomo.

Io credo che l’ equivoco sull’ eutanasia stia tutto qui: se è comprensibile il desiderio di morire di una persona sola e sofferente, appare inaccettabile stabilire per legge che possa essere un’ altra persona a por fine alle sue sofferenze.

“L’ esperienza della morte - ha detto a Padova il 24/5/2002 il Prof. F. D’ Agostino parlando sul tema dell’ eutanasia - è un’ esperienza estrema e non può essere burocratizzata tramite una legge”.

E’ chiaro quindi che l’ opposizione dei cattolici alla legalizzazione dell’ eutanasia si fonda su principi che, prima di essere di ordine religioso, sono di ordine naturale e

civile, attinenti al rispetto della vita e della dignità della persona umana, che lo Stato con le sue leggi deve difendere e promuovere e non invece distruggere.

Credo veramente che attraverso il dialogo tra “*le forze della Fede e della Coscienza*” tutti comprendano l’assurdità di pretendere che sia scritto nella legge il permesso di disporre, non solo della propria, ma anche della vita degli altri e si impegnino a dare una risposta veramente umana alle domande poste dalla sofferenza dell’uomo.

4.3 La risposta alla sofferenza

*In concreto quale comportamento dobbiamo assumere di fronte al malato grave? Risponde il documento della Pontificia Accademia della Vita sopra citato: “La linea di comportamento verso il malato grave e il morente dovrà ispirarsi al **rispetto della vita e della dignità della persona**; dovrà perseguire lo scopo di rendere disponibili le terapie proporzionate, pur senza indulgere in alcuna forma di “accanimento terapeutico”, dovrà raccogliere la volontà del paziente quando si tratta di terapie straordinarie o rischiose, cui non si è moralmente obbligati ad accedere; dovrà assicurare le cure ordinarie (comprese la nutrizione e idratazione, anche se artificiali) e impegnarsi nelle cure palliative, soprattutto nella terapia del dolore, favorendo sempre il dialogo e l’informazione del paziente stesso. Nell’immediatezza di una morte che appare ormai inevitabile e imminente è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, poichè **c’è grande differenza tra “procurare la morte” e “permettere la morte”**: il primo atteggiamento rifiuta e nega la vita, il secondo accetta il naturale compimento di essa”.*

La strada da percorrere è stata indicata da Giovanni Paolo II: **“Accanto all’uomo che soffre occorre la presenza di un altro uomo”**.

E’ lì, vicino all’uomo sofferente che il medico deve curare ed assistere chi soffre con il massimo amore fino al suo spegnersi naturale.

E’ lì, vicino all’uomo sofferente che coglieremo tutti, anche chi non è medico, l’importanza di non dilungarsi in tanti discorsi, ma di avere il coraggio di giungere a proposte che significano presenza e testimonianza.

Non dimentichiamo che il vuoto culturale che ha generato l’eutanasia è forse nato dalla mancanza di risposte che non abbiamo saputo dare. L’uomo che soffre ha atteso forse per troppo tempo una prova di solidarietà.

Come ha ricordato il Patriarca di Venezia Angelo Scola il 19 luglio 2009, parlando di malati terminali e di cure palliative in occasione della Festa del Redentore : *“Visitando taluni di questi ammalati, mi è sorta una domanda: non siamo piuttosto noi sani a chiedere la “morte degna”, mentre i malati chiedono una*

vita degna anche con la malattia, una vita degna fino all'ultimo istante, fatta di quello che caratterizza l'uomo: la capacità di amare e di essere amati? Essi hanno il problema del non abbandono, di qualcuno che li accompagna nel percorso di cura in tutte le sue fasi e in tutti i suoi aspetti. Raramente ho intuito la decisiva parte che hanno le relazioni amorose nella cura di un paziente terminale come quando ho visto tre figli - di 8, 10 e 11 anni - accudire un padre quarantottenne malato di SLA in grado di comunicare solo con le palpebre....”

Impegno culturale

Il primo passo da compiere è l' impegno culturale consistente nel ricordare l' intangibile valore della vita dell' uomo, di ogni uomo. Ricordare che ogni vita umana ha valore per se stessa e non per la sua qualità, che l' uomo vale per quello che è non per quello che appare.

Come ci ha ricordato la *Dichiarazione universale dei diritti dell' uomo*, la dignità dell' uomo è inerente alla sua natura; non la si riconosce, ma semplicemente c' è ed è la ragione dell' uguaglianza tra gli uomini.

Chi nega la dignità dell' uomo, nega l' ugualianza e quindi il principio del pluralismo della democrazia. Occorre quindi appellarsi alla ragione perchè si sappia guardare oltre all' apparenza.

“ Ciò che conferisce dignità alla vita umana è il fatto stesso che essa è la vita di una persona umana, cioè dell' essere che è fine a se stesso e che riceve la sua dignità da nessuna delle condizioni in cui può venirsi a trovare: l' essere sano o malato, l' essere bello e forte o deforme e debole, l' essere sano di mente o l' essere in uno stato mentale anormale, in cui sono compromesse le funzioni cerebrali superiori come la coscienza e la possibilità di avere una vita di relazione anche minima. Perciò si deve affermare con estrema decisione che non ci sono vite umane degne e vite umane indegne di essere vissute; ma bisogna proclamare la dignità di ogni vita umana , qualunque essa sia e in qualsiasi condizione essa si trovi. Nessuno – né lo Stato, né la Magistratura, né i parenti e i familiari – può essere o ritenersi arbitro della vita di un' altra persona e giudicare se la sua vita sia degna o indegna di essere vissuta⁴⁴”.

Questo compito è proprio del Volontariato per la Vita che all' impegno sui fatti aggiunge l' impegno a rimuovere le cause che determinano l' ingiustizia, e queste cause sono di origine culturale.

⁴⁴ Vedi “Il caso di Terry Schiavo”- La Civiltà Cattolica n. 3717 maggio 2005

Assistenza ai sofferenti

Il secondo passo è la dimostrazione di solidarietà concreta con chi soffre e con la sua famiglia. Ciò compete alla Scienza, e ad ognuno di noi.

La risposta della Scienza: i Centri di terapia del dolore

La risposta deve provenire anzitutto dalle strutture pubbliche con la creazione di *Centri per la Terapia del Dolore*, con il potenziamento dell' *Assistenza Domiciliare Integrata*, con la realizzazione di nuovi *Hospice* e di *strutture per lungodegenti* dove si possa “accompagnare” il malato.

E' di buon auspicio, in questo ambito, l' approvazione della Legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l' accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Questa Legge, al pari dell' Legge 219/2017, va finanziata per non restare lettera morta.

La struttura pubblica si deve infatti occupare non solo del malato oncologico, ma anche, e molto di più di quanto sta facendo, del malato terminale. Tutto ciò è difficile perchè il malato terminale, non è un malato “vincente”; è destinato a morire, non serve per fare carriera o per ottenere primariati, la sua degenza non è conveniente nell' economia degli Ospedali ora divenuti Aziende.

E' evidente che una legge che legalizzasse la soppressione di malati terminali gravemente sofferenti, come avvenuto in Olanda e Belgio, farebbe calare di molto l' interesse e l' impegno ad investire le necessarie risorse nella creazione delle strutture sopra citate. Questo è quindi un motivo in più per respingere ogni tentativo di legalizzare l' eutanasia.

La risposta della Società civile: la solidarietà con il sofferente e con la sua famiglia – I Centri di solidarietà con il sofferente

Ma la risposta deve provenire anche da ognuno di noi.

Infatti, come ha scritto G. de Rosa nell' articolo citato in nota 9 : “Ciò di cui l' ammalato in fase terminale ha soprattutto bisogno è di essere assistito e accompagnato con amore, senza che gli si faccia sentire che egli è di peso per gli altri; il più delle volte sono l' abbandono in cui è lasciato e la sensazione di essere un peso per gli altri che gettano l' ammalato terminale in una depressione e in una disperazione profonda e lo spingono a chiedere di essere aiutato a porre fine alla sua vita”.

Non spegniamo con la nostra indifferenza anche la piu' tenue speranza. Bellissima in merito la testimonianza dal titolo appunto “la terapia della speranza“ del Dott. Mario Melazzini , medico da anni colpito dalla Sla. Ne riportiamo alcuni brani:

“In questi giorni si è riparlato di eutanasia per «quei pazienti costretti a una sofferenza insopportabile e senza speranza», come ha scritto qualcuno. Tutto ciò mi porta sempre più a riflettere sulla realtà di persone che, anche in condizione di

grave malattia o disabilità, desiderano vivere e affermare il valore della vita indipendentemente dalla condizione fisica.

Una certa corrente di pensiero ritiene che la vita in talune condizioni si trasformi in un accanimento e in un calvario inutile, dimenticando che un'efficace presa in carico e il continuo sviluppo della tecnologia consentono anche a chi è stato colpito da patologie altamente invalidanti di continuare a guardare alla vita come a un dono ricco di opportunità e di percorsi inesplorati prima della malattia. È inaccettabile avallare l'idea che alcune condizioni di salute rendano indegna la vita e trasformino il malato o la persona con disabilità in un 'fardello' passivo, un costo per la società. Si tratta di un'offesa per tutti, in particolare per chi vive una condizione di malattia: questa idea, infatti, aumenta la solitudine dei malati e delle loro famiglie, introducendo nei più fragili il dubbio di poter essere vittime di un programmato disinteresse della società, e favorendo decisioni rinunciatarie. Una società civile non si può costruire su falsi presupposti, perché l'amore vero non uccide e non chiede di morire.

“Inguaribile” non è sinonimo di “incurabile”. La vita umana è un mistero irriducibile che non può essere descritto dai soli elementi biologici, pertanto non è ammissibile l'idea che una vita sia degna di essere vissuta solo “a” e “in” certe condizioni. Più di tutto vorrei però soffermarmi sulla speranza, perché è questo in fondo il cuore della sofferenza, ma ancora di più dell'esperienza umana. Non c'è uomo senza speranza, è insita in lui. La circostanza - qualunque essa sia - non è obiezione alla tua felicità ma ne è il tramite: chiunque, anche in una situazione di difficoltà o di malattia, può avere speranza ed essere felice. La speranza poggia sull'incontro con un altro che spera, in lui intravede una possibilità per sé di vivere ed essere felice. Per questo considero la speranza uno strumento di cura, e di vita, bidirezionale: la dai e la ricevi, puoi trasmetterla e averla da chi ti circonda. Nel rapporto tra il malato e chi lo cura la dignità sta nell'occhio del curante, quello sguardo che liberamente si pone sull'altro ci restituisce dignità, come scrive Benedetto XVI. Allo stesso modo lo sguardo di un malato pieno di speranza che guarda chi lo cura riempie di dignità l'altro e l'azione che sta compiendo...”.

E come nel 1975 alla proposta radicale (aborto gratuito offerto come soluzione ad una gravidanza difficile) replicò il Movimento per la Vita con i Centri di Aiuto alla Vita per accogliere ed accompagnare le donne in difficoltà per l'attesa di un figlio, così ora, ricordando “ i doveri inderogabili di solidarietà” sanciti all' art. 2 della nostra Costituzione, servirà offrire al sofferente ed alla sua famiglia la nostra solidarietà.

Servirà coordinare ed integrare i servizi di assistenza ai malati, ai sofferenti ed alle loro famiglie affinché nessuno si senta di peso nelle nostre comunità..

Ma a differenza di allora, quando fu necessario “inventare” i Centri di Aiuto alla Vita perchè non esistevano ancora simili iniziative, oggi sono già presenti ed operanti numerosi e validissimi Movimenti, Gruppi ed Associazioni di Volontariato

(come AVO, CEAV e molti altri) che da anni lavorano negli ospedali e nei luoghi di cura accanto ai malati ed ai sofferenti.

Si tratta di coordinare il loro prezioso lavoro, metterli in rete, e dar vita a veri e propri **Centri di Solidarietà con il Sofferente** dotati di strutture semplici, di numeri telefonici verdi per chiamate urgenti (come il numero verde 800.813.000 di SOS Vita⁴⁵), pronte a dare risposte immediate alle richieste di malati gravi e dei loro familiari.

E' a loro che ci dobbiamo affiancare; è con loro che dobbiamo dare le risposte alle domande sulla sofferenza che la Società attende; risposte dalle quali dipende il destino dell' uomo.

5-CONCLUSIONE

Termino questa riflessione riportando testualmente la prefazione di Sandro Spinsanti al libro *“Eutanasia?”* di Padre Patrik Verspieren S.I. pubblicato nel 1985, che meglio di ogni altra parola fa capire quale deve essere la nostra risposta alla sofferenza dell' uomo:

“Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico dalla culla alla tomba Era già giunto all'ultima tappa prima della fine del viaggio. Giaceva in ospedale con un cuore definitivamente scassato, o un cancro metastatizzato o i reni bloccati: in una parola, era un “malato terminale”. Passò vicino a lui un medico: vide il “bel caso”. Mise a punto un accurato programma di ricerca e non trascurò nessun dettaglio della malattia, come risulta dall'articolo pubblicato nella rivista scientifica della sua specialità. E passò oltre, tranquillo in coscienza.

In seguito gli si accostò il cappellano d'ospedale. Gli fece un bel discorsetto sulla volontà di Dio la rassegnazione e la espiazione dei peccati; ascoltò la sua confessione e gli portò la comunione, in attesa di somministrargli l'ultimo sacramento.

Il malato fu preso in cura da un' equipe medica efficientissima: fecero di tutto – col bisturi, le irradiazioni, i farmaci -, riuscendo a farlo vivere (“vivere”?) un paio di mesi oltre la media statistica di quei casi. E passarono oltre tranquilli in coscienza.

C'era nel reparto un'infermiera. Somministrava le medicine giuste al momento giusto, misurava la temperatura all'ora prescritta, portava il pranzo e aiutava il malato ad alimentarsi. Insomma faceva né più né meno che il suo dovere, ma riteneva suo dovere anche non sfuggire gli sguardi carichi di domande del malato, ascoltarlo, permettergli di esprimere la sua angoscia, cercare di alleviargli i malesseri grandi e piccoli. Gli dava più di semplici cure: si prendeva cura di lui.

⁴⁵ Il numero verde del Movimento per la Vita con il quale si offre un sostegno immediato a donne e coppie che si trovano ad affrontare una gravidanza difficile, dando la possibilità di un collegamento immediato con la rete dei 350 Centri di Aiuto alla Vita presenti in Italia.

Quando l'agonia si concluse, era lei che stava lì a umettargli le labbra, ad asciugargli il sudore, a tenergli la mano.

Chi di loro secondo te si è comportato come prossimo per quell'uomo che era caduto nell'anticamera della morte?

“Quello che ha avuto compassione di lui.

“Va' e fatti anche tu suo prossimo”

APPENDICE

“Dolce morte o Omicidio?”

*Domande sull' Eutanasia
(Inserito di Sì alla Vita - maggio 2001)*

1 - CHE VUOL DIRE "EUTANASIA"?

La parola viene dal greco e significa "buona morte". In realtà, al di fuori della prospettiva cristiana (nella quale la morte può anche essere chiamata "dies natalis", giorno del parto, cioè il doloroso parto che fa passare dal limitato mondo della realtà fisica allo straordinario mondo dove si vede il volto di Dio e si è accolti dall'abbraccio del Padre) la morte non è mai "buona". Anzi è il segno più drammatico e doloroso della condizione umana. Perciò nella prospettiva libertaria e radicaleggiante di quanti domandano la legalizzazione dell'eutanasia la parola fa parte del vocabolario dell'antilingua. Essa vorrebbe gabellare per cosa buona l'omicidio, così come la sigla Ivg vuol far dimenticare lo smembramento di un bambino e l'espressione "clonazione terapeutica" vuol far credere che sia un procedimento terapeutico l'uccisione di molti embrioni generati in provetta. Bisogna poi considerare che la parola eutanasia è stata storicamente usata per indicare anche l'uccisione dei bambini deformi, dei malati mentali, degli anziani come tali. In senso più ristretto che è poi quello a cui fanno riferimento le leggi e le proposte di leggi permissive, per eutanasia può intendersi "l'uccisione indolore, direttamente voluta e medicalmente attuata in malati ritenuti destinati a una vita irrecuperabilmente inutile e sofferente".

2 - ALCUNI DICONO D'ESSERE CONTRARI ALLA EUTANASIA ATTIVA MA NON A QUELLA PASSIVA VOI CHE DITE?

In questa distinzione si nasconde ancora l'inganno delle parole. La madre che uccide un neonato soffocandolo commette un reato allo stesso modo della madre che lo lascia senza cibo e senza calore per farlo morire.

Il codice penale all'articolo 41 stabilisce che "non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo".

Perciò il medico il quale di fronte ad un ferito che sta per morire dissanguato non fa una trasfusione di sangue per farlo morire risponde di omicidio come se lo avesse avvelenato facendogli una iniezione.

Insomma la distinzione tra eutanasia attiva e eutanasia passiva deve essere respinta.

3- MA ALLORA PERCHE' SI PARLA DI "ACCANIMENTO TERAPEUTICO" E DI "STACCARE LA SPINA" ? COSA SI INTENDE DIRE?

Il vero problema non è quello di una distinzione tra eutanasia attiva e passiva come già detto ma quello di stabilire fino a che punto il medico deve continuare le cure. Facciamo l'esempio di un malato con un tumore così diffuso da rendere estremamente improbabile l'esito positivo di un intervento chirurgico. Il medico deve intervenire anche in questo caso? Se lo facesse al solo scopo di poter fare una bella relazione ad un congresso anche se è certo che al 90% il suo paziente morirà sotto i ferri, come lo giudicheremmo? Giova insistere sulla distinzione tra rifiuto dell'accanimento terapeutico ed eutanasia.

Entrambi sono da rifiutare. La scelta di dare la morte o l'accettazione della morte non sono affatto la stessa cosa. Il medico può essere definito il servitore della vita. La sua professione è una continua lotta per mantenere la vita il più possibile nella pienezza, ma comunque vita. Questa lotta univoca, senza compromessi e senza ombre, costituisce la nobiltà della professione medica e le attribuisce un senso umano estremamente denso. In fondo è la lotta di ogni singolo essere umano dall'inizio della storia.

Ma è una lotta inevitabilmente destinata al fallimento finale. Per ogni uomo, e dunque anche il medico che lo cura, viene il momento della resa in cui bisogna alzare le mani e abbandonare le armi di fronte al nemico. "Quando si fa chiaro che la prosecuzione della lotta contro la morte non ha più alcuna prospettiva seria di successo, la lotta deve cedere il posto alla accettazione e tutti gli sforzi vanno rivolti ad assicurare al malato le necessarie condizioni di tranquillità e la possibilità di valersi di ogni forma di sostegno e di conforto, da quello della vicinanza dei familiari e amici, a quello di un'assistenza religiosa delicata e attenta" (Ciccone).

Contro questa umana e ragionevole resa di fronte la morte sta l'accanimento terapeutico. Intendiamoci: l'impegno appassionato e inesausto per la salute e la vita, che non trascura la benché minima possibilità di cura e di allontanamento della morte è altamente meritorio. Ad esso

si debbono enormi, e un tempo impensabili, progressi della scienza medica. Semmai è da lamentare che non sempre, non per tutti, non in ogni paese, non in ogni ospedale, non in ogni medico, si riscontri un siffatto impegno. Tuttavia in senso tecnico non appare possibile o perlomeno non appare doveroso (a meno che il paziente personalmente e coscientemente lo richieda) un accanimento terapeutico inteso come l'impiego di interventi fortemente invasivi e spesso umilianti "volti esclusivamente a procrastinare per brevissimo tempo la morte imminente, con ciò prolungando congiuntamente situazioni fisiche di inutili agonie quando non addirittura di intollerabili sofferenze" (Barni).

Quanto all'espressione "staccare la spina", che si usa giornalmicamente va detto che essa si riferisce alla macchina di rianimazione che pompano il sangue o gonfiano i polmoni. E' evidente che non ha senso tenere in funzione quando la morte è già avvenuta perché il cervello è morto, ma sarebbe colpevole "staccare la spina" quando vi è ancora una pur minima speranza di ripresa di vita autonoma.

4 - COME FARE A DECIDERE QUANDO BISOGNA INSISTERE NELLA CURA SENZA CADERE NELL'ACCANIMENTO TERAPEUTICO E QUANDO BISOGNA ARRENDERSI ALLA MORTE INCOMBENTE SENZA CADERE NELL'EUTANASIA?

I moralisti distinguono tra mezzi ordinari e straordinari, o forse più precisamente, tra mezzi proporzionati e mezzi sproporzionati: doverosi i primi, non obbligativi i secondi. In pratica è difficile un giudizio di proporzionalità, ma proprio per questo è impossibile definire per legge in modo tassativo quando cessa il dovere di cura e quando, dunque, la cessazione della terapia non è fonte di responsabilità. L'esperienza e la coscienza del medico può nel concreto fare la giusta valutazione. Certamente può soccorrere la distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari. Ad esempio dare l'alimentazione e fornire l'ossigenazione ai polmoni, operazioni semplici, che corrispondono alle più elementari funzioni del vivere (il mangiare ed il respirare) non costituiscono mezzi straordinari né ulteriormente debilitanti e pertanto non sembra che sia mai lecito sospendere. Quel che importa è il principio. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico appare tanto più giustificato se proviamo ad immaginare che un medico sadico in odio al suo paziente usi ogni risorsa della scienza per far soffrire il più possibile e, a questo solo scopo, riesca a prolungare l'agonia del malato. Non v'è dubbio che tale comportamento sarebbe condannabile nonostante una qualche continuazione della vita. Ciò dimostra che vi possono essere casi in cui l'impegno medico non ha significato terapeutico e che il prolungamento della vita, quando ormai è certamente giunta al confine con la morte, non può essere perseguito "ad ogni costo".

5 - MA SE UNO VUOLE MORIRE, PERCHE' PROIBIRGLIELO? NON SI DEVE RISPETTARE LA LIBERTA' DEGLI ALTRI

Per rispondere in modo efficace si può portare qualche esempio. Supponiamo che un giovane sano, di mente e di corpo (che, dunque, si trova nelle condizioni migliori per esercitare la libertà si butti in un fiume per ammazzarsi e che altra persona coraggiosamente si butti nelle acque e lo salvi portandolo a riva. Possiamo dire che il salvatore ha violato la libertà altrui? Se così fosse egli andrebbe punito per il delitto di violenza privata, se non, addirittura, per sequestro di persona invece, probabilmente, l'amministrazione civica di una medaglia di riconoscimento e di lode a quel salvatore.

Ciò dimostra che non può essere la libertà il valore che giustifica l'eutanasia.

Proviamo allora a ragionare più in profondità.

Perché uccidersi o farsi uccidere non è un atto di libertà? Perché la libertà non può negare se stessa. Anche a questo proposito può servire un altro esempio. Se qualcuno, ridotto alla estrema

povertà, decidesse di vendere la sua libertà, cioè di rendersi schiavo di un'altra persona, il contratto sarebbe valido? Certamente no, perché non è conforme alla dignità umana privarsi totalmente della libertà. Ma anche la morte toglie ogni libertà. La vita, infatti, è il necessario presupposto della libertà.

Inoltre è difficile dire che il malato in preda a gravi sofferenze sia libero. Certamente egli è meno libero del giovane sano che si butta nel fiume. Non si è liberi sotto tortura. Anche dal punto di vista giuridico vi sono delle condizioni della libertà. Essa ha bisogno di consapevolezza e di assenza di costrizione. Per questo è prevista la invalidità degli atti di disposizione giuridica, dal matrimonio a qualsiasi contratto, quando il consenso risulta viziato da errore o violenza. In sede penale la illiceità di certi fatti altrimenti criminosi è eliminata se vi è il consenso dell'avente diritto, ma è necessario che costui possa "validamente disporne". Il consenso non è valido non solo se il diritto è indisponibile, ma anche se è frutto di costrizione. Nel caso del malato in preda a gravi sofferenze e quando mai dubbio che il suo consenso possa ritenersi libero. La situazione di piena consapevolezza sembra rarissima. Nello stato agonico o preagonico la coscienza è di regola obnubilata ed è perciò difficile immaginare un malato "pienamente cosciente", a meno che non si voglia estendere molto il concetto di malato terminale con intuibili pericolosissime conseguenze. Il caso più frequente in cui si pone il problema dell'eutanasia è quello del malato in coma che, per definizione, non è in grado neppure di manifestare alcun desiderio.

Bisogna poi chiedersi che cosa significhi realmente una invocazione della morte. Spesso essa è una protesta contro la solitudine. L'abbandono, la mancanza di attenzione dei familiari. Non solo le cure fisiche, ma anche una costante vicinanza psicologica, una mano tenuta nella mano possono fare abbandonare la domanda di eutanasia.

6 - AMMETTIAMO CHE UN MALATO GIUNTO ALLA FASE TERMINALE DELLA MALATTIA SPESSO NON E' LIBERO DI DECIDERE. MA EGLI AVREBBE POTUTO DICHIARARE PRIMA, QUANDO ERA PERFETTAMENTE COSCIENTE E MAGARI SANO, CHE LA SUA LIBERA SCELTA IN CASO DI GRAVE SOFFERENZA ERA PER LUI L'EUTANASIA. CHE COSA PENSATE DEL COSIDDETTO "TESTAMENTO DI VITA" O "DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA" ?

Si può usare un argomento pratico: la libertà implica la possibilità di cambiare scelta quanto alle proprie personali decisioni. Ma la morte esclude inequivocabilmente questa possibilità. Dunque essa è contro la libertà. L'esperienza conferma che molti dopo essere stati salvati da un suicidio non lo tentano più e ringraziano chi ha loro impedito di portarlo a conclusione.

Molti che si uccidono con veleno cambierebbero idea se qualcuno potesse tirarli fuori dallo stato di incoscienza che precede la morte. Quindi anche ad ammettere la disponibilità del diritto alla vita è perlomeno dubbio che sia valida una manifestazione di volontà lontana nel tempo, non confermata al momento della scelta suprema.

7 - MA SE NON ESISTE UN PROBLEMA DI LIBERTA' AMMETTERETE ALMENO CHE C'E' UN PROBLEMA DI PIETA' PER CHI SOFFRE...

Il problema non è quello di uccidere, ma quello di eliminare o almeno di ridurre e rendere sopportabile la sofferenza. In primo luogo bisogna capire a quale sofferenza ci riferiamo, se a quella del malato o a quella dei vicini e dei parenti. Un malato grave cambia la vita, le carriere, il lavoro delle persone in vario modo legate al malato. Inoltre un mondo dominato dall'edonismo non sopporta facilmente la vita della sofferenza e della morte. Preliminarmente perciò è giusto chiedersi se la morte del malato non possa talora essere vista come una "liberazione" non per il malato, ma per i vicini.

Inoltre bisogna considerare che chi sente avvicinarsi la morte subisce una sofferenza non solo fisica, ma anche psicologica. Egli avverte la solitudine di trovarsi senza compagnia in un passaggio difficile verso l'ignoto. Perciò allora come non mai vorrebbe sentirsi stringere la mano da una mano amica; vorrebbe sentire le parole affettuose delle persone care; forse il conforto di una promessa religiosa. Invece spesso egli diventa un numero in una stanza di ospedale. Chi, dunque, vuole davvero il suo bene, non dovrebbe lasciarlo solo.

Questo alla sofferenza fisica fortunatamente la scienza moderna sembra in grado di lottare sempre efficacemente contro il dolore, come è stato asserito al Congresso europeo per le cure palliative tenutosi a Parigi nell'ottobre 1990 e, con un ampio articolo su "Le Monde" del 5 giugno 1991, dal presidente della "Società francese per le cure palliative" Maurice Abiven. Conseguentemente si è sostenuto (ventafredda) che "le cure palliative sono in netta contrapposizione con ogni forma di eutanasia attiva l'eutanasia legale è un modo per sfuggire all'approccio delle cure palliative".

8 - CHE COSA SONO LE CURE PALLIATIVE?

Sono le cure, non solo fisiche, ma anche psicologiche, che combattono il dolore anche se, non guariscono la malattia. In un parere della Commissione giuridica del Parlamento Europeo adottata nel 1992 si legge: "Molti decisivi progressi sono stati compiuti in questo campo. Ma molto resta ancora da fare soprattutto per diffondere e generalizzare metodiche già efficacemente sperimentate in taluni centri. Il compito è grande perché molti ostacoli si frappongono: l'assenza di un a politica sanitaria sul dolore, la carenza di educazione del personale sanitario e di coloro che si occupano della sanità pubblica, la paura che l'uso medicinale della morfina e degli altri oppioidi possa contrastare con le leggi sugli stupefacenti, la mancanza di disponibilità di farmaci contro il dolore, talune restrizioni degli ospedali e dei centri sanitari, la scarsa professionalità dei medici nel prescrivere gli analgesici, la mancanza di risorse economiche per la ricerca e lo sviluppo delle cure palliative, l'atteggiamento culturale generalizzato che rifiuta come un tabù la morte e quindi omette gli sforzi per affrontarla ed umanizzarla".

E' di buon auspicio, in questo ambito, l'approvazione della Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che va promossa e finanziata.

9 - ALLORA NON SIETE CONTRARI ALL'USO DEGLI ANALGESICI ANCHE SE SONO NARCOTICI?

Vi è già l'insegnamento tradizionale della Chiesa Cattolica che fin dal 24 febbraio 1957, con Pio XII (discorso al I Congresso della Società Italiana di Anestesiologia) affermò la liceità dell'uso dei narcotici per combattere il dolore anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede che l'uso dei narcotici abbrevierà la vita, se non esistono altri mezzi.

Oggi, fortunatamente, altri mezzi esistono e comunque esiste tutta una trattatistica sugli effetti tossici dei farmaci e sul modo di controllarli, tantoché si portano esperienze secondo le quali "il controllo del dolore si risolve in molti casi persino in un allungamento della vita" (Zimmermann). Tuttavia questo tema dell'uso legittimo degli analgesici, ne introduce un altro più generale. Ogni scelta terapeutica, non solo in sala di rianimazione, ma in molti casi implica una valutazione di costi-benefici. Un qualsiasi intervento chirurgico può essere scelto e evitato ponendo sulla bilancia da un lato i risultati positivi prevedibili che se ne possono ricavare, ma dall'altro il loro grado di incertezza, gli effetti collaterali, il sacrificio psicologico e fisico, la debilitazione che l'intervento impone.

Poiché il fine della cura non è soltanto la guarigione, ma anche l'eliminazione o la riduzione del dolore, si comprende la differenza sostanziale tra l'uccisione per cessare la sofferenza e il somministrare sostanze analgesiche anche se da ciò possa derivare il rischio di un abbreviamento della vita. Molti altri interventi comportano questi rischi. Una operazione chirurgica può non

riuscire e così avere l'unico effetto di indebolire l'organismo. Spesso succede anche che si muore "sotto i ferri" e magari un tale effetto era stato ipotizzato anche se decisamente non voluto. Alcuni farmaci possono compromettere certi organi ad avere conseguenze collaterali negative. Si comprende perciò la saggezza di un insegnamento tradizionale della Chiesa cattolica.

10 - MA COME SI FA AD INIZIARE OBBLIGATORIAMENTE UNA CURA AD UNO CHE NON LA VUOLE?

Questo è un problema diverso da quello dell'eutanasia. E' chiaro che se un malato non si vuole operare di un tumore non si può legarlo al letto e operarlo di forza.

Diritto alla salute non significa né dovere di curarsi, ad ogni costo, né possibilità per i medici di curare ad ogni costo, anche contro la volontà dei pazienti. E' principio di civiltà che nessuno possa essere sottoposto coattivamente a trattamenti sanitari non voluti. La "Carta dei diritti del malato" elaborata dalla associazione americana degli ospedali (pubblicata sul New York Times del 9/1/73) dice all'art. 4: "Il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento nell'estensione permessa dalla legge e di essere informato delle conseguenze mediche della sua azione". Questo principio non vale soltanto per le cure destinate al malato terminale, ma per qualsiasi cura e concerne sia l'inizio del trattamento sia la sua sospensione: chi riceve il consiglio di effettuare una tonsillectomia può rifiutarsi allo stesso modo di chi respinge il consiglio di sottoporsi a un trapianto di cuore. Non mancano, per la verità, forme di confine dove si possono trovare delle eccezioni: si pensi alle vaccinazioni obbligatorie e alle prescrizioni legali in caso di malattie epidemiche (colera e simili). Ma in questi casi è la difesa della salute altrui che impone al singolo l'obbligo giuridico di non rifiutare le cure. In altri casi la discussione avrebbe esiti più incerti: si pensi alla alimentazione forzata per via parenterale di chi per protesta rifiuta il cibo o alle trasfusioni di sangue per un Testimone di Geova che le considera peccaminose quando ormai il rischio per la vita sia imminente. Qui, però, si potrebbe invocare più lo stato di necessità per giustificare il medico che viola la volontà del paziente piuttosto che affermare un suo dovere di intervenire. Inoltre l'alimentazione e la trasfusione di sangue non sono interventi straordinari o rischiosi, ma semplici e dall'esito sicuro.

11 - DA UN PUNTO DI VISTA GIURIDICO QUALI INDICAZIONI VENGONO DALL'ORDINAMENTO INTERNAZIONALE?

L'Italia ha ratificato fin dal 1954 la "convenzione europea per la salvaguardia dei diritti e delle libertà fondamentali" redatta dal Consiglio d'Europa fin dal 1950. Perciò tale convenzione è giuridicamente vincolante per l'Italia. L'art. 2 di tale trattato dice: "Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita salvo che in esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un Tribunale, nei casi in cui il delitto sia punito dalla legge con tale pena". Il suddetto articolo prosegue indicando i casi "in cui la morte non è considerata inflitta in violazione di questo articolo" ed elenca i casi della "legittima difesa", di "evasione", di "repressione di una sommossa o insurrezione" se l'uso della forza appare assolutamente necessario.

Ora si può considerare che: a) nessuno fino ad ora ha mai messo in dubbio la qualità di "persona" del malato. La ingiusta e impossibile distinzione tra "essere umano" e "persona" che si tenta di introdurre riguardo al bambino non ancora nato, non è stata proposta (finora) riguardo al già nato; b) l'eutanasia consiste senza dubbio, sia nella forma attiva che in quella passiva in un "dare intenzionalmente la morte"; c) l'uccisione del malato non è una forma di legittima difesa, né il malato è un "evaso", né partecipa a una "sommossa o insurrezione". Perciò non si vede come sia

possibile consentire l'eutanasia in uno stato che aderisce alla Convenzione europea sopra citata.

12 - NON VI PARE CHE GLI ARGOMENTI CONTRO L'EUTANASIA SIANO SOLO CRISTIANI? PERCHE' IMPORRE UNA VISIONE RELIGIOSA A CHI NON E' CREDENTE?

Dire di no agli atti che uccidono non significa affatto imporre qualcosa a qualcuno. Abbiamo già dimostrato rispondendo alla domanda n. 5 che l'eutanasia non si può giustificare in nome della libertà (di vivere o di morire). Non abbiamo usato argomenti religiosi, ma di sola ragione. Ora proviamo ad indicare altri argomenti esclusivamente "laici"

Il più importante è quello che nasce dalla riflessione sui "passi successivi" che costituiscono un pericolo minaccioso quando essi non sono qualche cosa di "essenzialmente nuovo", di radicalmente diverso, perché le scelte future appaiono già comprese nel passo precedente. "Se diventasse lecito uccidere per pietà i malati gravissimi, prossimi alla morte, i passi successivi potrebbero diventare, per così dire automatici, proprio perché non sostanzialmente nuovi e diversi: dalla depenalizzazione dell'uccisione dei malati incurabili non terminali, alla depenalizzazione dell'uccisione per pietà dei malati di mente, dei deformati, dei vecchi e via discorrendo" (Stella), facile l'allargamento della breccia aperta nel principio della intangibilità della vita umana.

Che cosa significa "terminale"? Il tempo è una nozione relativa. Che cosa significa sofferenza? Quella psichica è forse meno importante di quella fisica? Il carico di sofferenza nasce dalla prospettiva di una lunga e dolorosa malattia è forse inferiore a quello di una agonia di poche ore? Se la prospettiva della morte imminente fa sentire al malato ormai inutile la vita che gli resta, che dire dell'handicappato grave che si sente un peso per la famiglia e la società?

Da più parti si osserva poi che l'introduzione del principio della eutanasia snaturerebbe la professione medica; renderebbe meno determinato l'impegno per le cure palliative; dà per certe prognosi che talora possono essere erronee, e che diverrebbero irrimediabili; almeno in qualche caso metterebbe il medico e i familiari in condizione di orientare il malato, che da essi è psicologicamente dipendente, a chiedere la fine della vita; introdurrebbe, almeno in certi casi, il sospetto che un clima favorevole all'eutanasia possa essere creato non per far cessare le sofferenze, ma per altre ragioni, magari nobili (come l'esecuzione di un trapianto) o meno nobili, come anticipare una successione ereditaria (si sa bene quanta importanza abbia nel diritto la premorienza di una persona rispetto ad un'altra) o liberarsi della tensione psicologica e dalla sofferenza determinate dalla presenza di un morente che si deve accudire. Questo ultimo non è argomento da poco, anche perché il desiderio di liberarsi di una persona scomoda può essere incosciente, nascosto nelle strutture profonde dell'essere e tuttavia manifestarsi in comportamenti conseguenti.

Anche il rischio di una accelerazione della morte, o addirittura di prognosi infauste affrettate, al fine di poter disporre di organi da trapiantare non è teorico. Il settimanale *der Spiegel*; nell'agosto 1991, ha fatto gravi rivelazioni sui sistematici abusi che nella Germania dell'Est sarebbero stati compiuti in uno dei più importanti ospedali berlinesi controllato dalla polizia Stasi: al fine di procurare valuta o per soddisfare pazienti eccellenti, non si sarebbe esitato ad uccidere vittime di emorragie cerebrali e di gravi infortuni. Naturalmente non sappiamo se tali rivelazioni corrispondono a verità.

Ma è certo che la tentazione di affrettare la morte svolgendo pressione sul paziente perché la chieda è gravissimo. Il malato è psicologicamente nelle mani del medico e dei parenti. Solo affermare che la vita umana è una "frontiera intransitabile" costituisce l'unica, indispensabile garanzia contro l'abuso e la prevaricazione.