



A tutti i Deputati della Repubblica

Il 25 novembre 2009 sarebbe stato **il compleanno di Eluana Englaro**, nata a Lecco 39anni fa. "Sarebbe" non "è", perché Eluana è morta "per fame e per sete" il 9 febbraio scorso.

L'espressione "per fame e per sete" è molto forte. Ma anche se la sostituiamo con altre parole, se diciamo che Eluana è morta perché "privata di alimentazione e idratazione" la sostanza non cambia. Il 14 agosto 1941 Padre Massimiliano Kolbe è morto perché privato per oltre 2 settimane di acqua e di cibo. Naturalmente c'è un'enorme differenza tra la vicenda di Eluana e quella di Padre Kolbe, ma il richiamo di quanto accaduto nel campo di Auschwitz prova che effettivamente la privazione alimentazione e idratazione è in se stessa causa di morte, indipendentemente dalle condizioni di salute, dalle circostanze che stanno attorno all'evento, dalla situazione umana e psicologica dei vari personaggi della vicenda. Per Eluana bastava poco per continuare a vivere ed oggi, forse, sarebbe stata circondata da manifestazioni d'affetto particolari. Temiamo, invece, che proprio in questi giorni in Parlamento si siano fatte meno forti le voci di quanti vogliono evitare almeno che si verificino altri casi simili a quello che ha condotto a morte Eluana.

Quella sera del 9 febbraio 2009 l'urgenza di un intervento normativo sembrava massima. L'ultimo tentativo di salvare Eluana con un decreto legge era fallito per un soffio. Ma esso dimostrava l'esistenza di una gravissima urgenza di una decisione legislativa. Fu solennemente formulata la promessa di addivenire alla approvazione di una legge in due settimane. Poi le settimane sono divenute mesi. Infine il Senato ha approvato il ddl 10 il cui contenuto è tale da impedire il verificarsi di nuovi casi come quello che ha portato a morte la giovane donna lecchese. Ma alla Camera i tempi sono divenuti lunghi e gli oltre 2500 emendamenti proposti provano la volontà di capovolgere il contenuto normativo del testo adottato dal Senato, e, comunque, l'intento di "insabbiare" la legge.

Il "compleanno mancato" di Eluana ci suggerisce un appello:

Onoriamo Eluana approvando senza ulteriori rinvii il testo adottato dal Senato.

Non dobbiamo illuderci sulla possibilità di avere un consenso unanime e dobbiamo diffidare da linguaggi equivoci che aprirebbero il varco alle interpretazioni giudiziarie che proprio la legge vorrebbe impedire. La legge c.d. "Calabrò" contiene tre disposizioni che non dovrebbero essere toccate: la conferma della **indisponibilità della vita umana**; il riconoscimento che **idratazione e alimentazione non sono terapie**, ma sostentamento vitale; l'indicazione che **le eventuali "dichiarazioni anticipate di trattamento" in quanto strumento nell'alleanza medico-paziente, non possono essere vincolanti per il curante**, sebbene egli ne debba tenere conto in modo adeguato.

Proprio questi tre punti sono oggetto di critiche e di emendamenti il cui fondamento, al di là delle parole più o meno equivocate, è l'affermazione del diritto alla morte, con la conseguente trasformazione del medico in un semplice esecutore di ordini altrui, e con l'insostenibile inquadramento della alimentazione e della idratazione nell'ambito dell'art. 32 della Costituzione.

Seguiremo con attenzione i lavori parlamentari e faremo pervenire, di volta in volta, come già abbiamo fatto nel corso della discussione al Senato, i nostri contributi di riflessione umana e giuridica.

Intanto ci soffermiamo su due questioni che costituiscono il nucleo centrale della legge:

1) Il principio di eguaglianza

Vi sono due grandi differenze tra chi è cosciente e chi è incosciente: la prima consiste nel fatto che con il soggetto capace di intendere e di volere è possibile e doveroso il colloquio, mentre con il malato in coma ciò non è possibile. La seconda è che la persona "competente" può, nell'ambito della sua libertà, cambiare volontà. Invece chi ha perso la capacità di intendere e di volere non è in grado di "cambiare". Non si possono trattare in modo uguale situazioni diverse.

*Scendiamo nella concretezza dei casi che si presentano. Supponiamo che qualcuno non voglia sottoporsi ad un intervento chirurgico, piccolo o grande che sia, magari di importanza tale da potergli salvare la vita. Può essere portato di forza all'ospedale e legato al letto e alla tavola operatoria? Il senso comune risponde negativamente e il diritto conferma questa valutazione. L'ultimo comma dell'art. 32 della Costituzione stabilisce che "nessuno può essere sottoposto a trattamenti contrari alla dignità umana" e l'uso della violenza, della costrizione fisica, sia pure a fini di cura, è contrario alla dignità umana. Tuttavia con quella persona che rifiuta il trattamento terapeutico è possibile parlare e quindi svolgere una azione di consiglio e di persuasione. Questo è un vero e proprio dovere del medico. **Oggi si parla molto di "alleanza terapeutica"**. Il medico non è uno stregone che detiene poteri inconoscibili, né un dominio sul suo paziente. Egli è un professionista che ha studiato per essere amico del malato ed aiutarlo a curarsi e vivere. Deve ascoltare le esigenze e i desideri del paziente, ma, a sua volta, deve parlare, spiegare, convincere. C'è poi da considerare l'ambiente familiare e amicale, che, attorno al malato può svolgere una affettuosa (e doverosa) azione di pressione perché si curi.*

Il fondamento della attività terapeutica è il fine di servizio alla salute e alla vita, che è proprio dell'attività medica. Il consenso del paziente è condizione dell'intervento sanitario non il suo fondamento, come la giurisprudenza ha sempre detto. Ciò risulta proprio dal primo comma dell'art. 32 Cost. che proclama la salute un diritto individuale fondamentale dell'individuo che corrisponde anche a un interesse pubblico. Insomma "convincere alla cura" in forme rispettose della dignità della persona è non solo una facoltà, ma addirittura un dovere.

Ipotizziamo un caso inverso in cui vi sia un malato che vuole curarsi, che magari supplichi di essere sottoposto a un determinato trattamento sanitario salva-vita scientificamente fondato e praticamente effettuabile. Come giudicheremmo il medico e l'ambiente familiare ed amicale che, invece, svolgessero una azione dissuasiva e consigliassero oppressivamente di rinunciare alla cura? Se ne derivasse la morte, si potrebbe persino ipotizzare, in casi estremi, il delitto di istigazione al suicidio. Qualche tempo fa si pose il problema di amputare il piede di una donna la cui cancrena rischiava di estendersi e di determinarne la morte. Il rifiuto persistente della donna ne determinò il decesso, ma l'intera società – non solo i medici curanti – si mosse anche in forma pubblica (lettere di sindaci ed assessori pubblicate sui giornali) affinché la signora si facesse operare. Queste pressioni, purtroppo rimaste senza successo, vanno giudicate buone e positive. Ma che diremmo nel caso contrario: se la donna avesse chiesto di restare senza un piede per continuare a vivere, ma operatori sanitari, amici, conoscenti, sindaci ed assessori avessero consigliato e ottenuto come effetto della loro pressione la rinuncia all'intervento chirurgico con la conseguente morte della donna?

L'esempio rende evidente l'insufficienza di un criterio affidato esclusivamente ad un principio di autodeterminazione isolato da un contesto umano più vasto, in cui il valore principale è la vita. Davvero il consenso è la condizione della cura, non il fondamento di essa. Come ordinariamente si deve presumere che il malato voglia curarsi, così l'orientamento forte dell'ordinamento civile è verso la cura. Questo traspare chiaramente dal primo comma dell'art. 32 della Costituzione.

Mettiamoci ora idealmente accanto al letto del malato "incompetente" e supponiamo che egli abbia in un qualche momento della sua precedente vita, magari molti anni prima, in adesione ad una campagna radicale in favore della libertà di decidere la propria morte, scritto il suo rifiuto di cure in caso di sopravvenuta incoscienza. Chi può dire che sicuramente, se l'alleanza terapeutica potesse esplicitarsi mediante colloqui ed opera di convincimento, egli non accetterebbe e magari non chiederebbe di curarsi? Ma il colloquio non è possibile. Dunque vi è una differenza enorme tra paziente "competente" e "incompetente" e trattarli in modo uguale aggrava la disuguaglianza, non la elimina affatto. Saggiamente, dunque, il "testo Calabrò" stabilisce che il medico deve "tener conto" delle precedenti dichiarazioni del paziente incapace di intendere e di volere, ma non è obbligato ad eseguirle.

*Quanto sin qui detto si collega al secondo aspetto. **Chi è veramente libero può cambiare le sue decisioni.** Se una scelta precedentemente fatta diventasse irrevocabile ed egli fosse costretto a rispettarla anche quando non l'accetta più egli non sarebbe più libero. Ben si intende: questa facoltà di cambiamento c'è quando la scelta compiuta riguarda esclusivamente la persona che l'ha fatta, non se essa ha stretto un vincolo con terze persone. Chi ha firmato un contratto di acquisto o vendita non può dopo qualche tempo sottrarsi al pagamento del prezzo o alla consegna della casa ceduta in nome della sua libertà, intesa come facoltà di cambiamento. Ma se la scelta riguarda solo lui stesso (ad esempio: fare un viaggio, vestirsi in un certo modo, scegliere un programma di studio, organizzarsi la giornata, etc.) la decisione può essere mutata, e se questo divenisse impossibile, la libertà sarebbe perduta. Chi ha manifestato una sua scelta riguardo a possibili trattamenti sanitari, può sempre cambiare opinione. Ma se è divenuto "incompetente" non lo può più. Egli ha perso la sua libertà. Diventa incongruo farlo morire in nome della libertà. E' una esperienza comune quella del malato che una sera invoca la morte e al mattino successivo invoca di essere curato. Se durante la notte egli cade in coma, deve essere considerato rispetto della sua libertà attuare quanto da lui invocato la sera? In conclusione il principio di eguaglianza non giustifica l'attribuzione di un effetto vincolante alle c.d. dichiarazioni anticipate di trattamento.*

2) Idratazione e alimentazione

Sono state formulate critiche alla disposizione dell'art. 3/5 del testo approvato dal Senato, perché non essendo l'idratazione e l'alimentazione possibile oggetto di dichiarazioni anticipate, diverrebbe lecito e doveroso continuare ad immettere acqua e cibo nello stomaco del paziente anche quando il suo corpo non può più trarne utilità alcuna. La tesi è manifestamente erronea. Per costituire "alimentazione e idratazione" nelle varie forme in cui esse possono essere fornite con strumenti tecnici, esse devono determinare l'assorbimento delle sostanze nutritive. Altrimenti non si può parlare di "sostentamento vitale". Il limite è implicito, anzi deriva dalla stessa nozione di alimentazione e di idratazione.

In ogni caso è del tutto improprio il richiamo dell'art. 32 Cost. per giustificare la morte già avvenuta di Eluana (e delle molte altre persone attualmente in stato vegetativo persistente nutrite con sondino naso-gastrico che potrebbero morire se non interviene al più presto la legge a difenderle). In primo luogo, vi è la considerazione che idratazione e alimentazione non sono terapie e quindi non sono sottoposte al regime ricavabile dall'art. 32 riguardo al rifiuto delle terapie.

Ma, indipendentemente da questo aspetto, va ricordata la differenza tra persona cosciente e persona incosciente. L'uso della violenza per introdurre cibo ed acqua nella bocca di chi ha deciso, ad esempio, uno sciopero della fame e della sete, è inaccettabile. Ma quasi sempre il consiglio concorde e caloroso di chi sta attorno convince lo "scioperante" a cambiare decisione. Perché il principio di solidarietà verso la vita non dovrebbe valere nei confronti della persona incosciente per il solo fatto che nei suoi confronti non è possibile fare opera di chiarificazione e convincimento?

Queste considerazioni, per quanto preliminari, impongono già da sole la reiezione di tutti gli emendamenti presentati per modificare il testo adottato dal Senato. Ci pare giusto ricordarlo nel giorno in cui amaramente constatiamo che avremmo onorato Eluana nel suo trentanovesimo compleanno se la "legge Calabrò" fosse entrata in vigore prima del 9 febbraio 2009.