

# «Il diritto alla vita fonda il nostro ordinamento» di Ilaria Nava

## India

**Il governo: la spina non si stacca**

**D**al 7 marzo i giornali indiani si chiedono a chi spetti decidere della vita (e della morte) di una persona. Quel giorno la Corte Suprema nazionale ha respinto la richiesta di eutanasia per Aruna Shanbaug, una donna in stato vegetativo da 37 anni. Ma la sentenza, un po' ambigua, si è prestata alle più diverse interpretazioni (c'è addirittura chi all'estero l'ha considerata un via libera alla «dolce morte»). La confusione nasce dalla distinzione fatta fra eutanasia attiva, suicidio assistito (ancora proibiti) ed eutanasia passiva (l'interruzione di trattamenti e terapie salvavita giudicati superflui e ora legale in alcuni casi). La Corte chiede inoltre una legge che detti regole chiare anche se il governo si è già detto contrario a qualsiasi forma di soppressione della vita. Nel frattempo saranno in vigore nuove linee guida che permettono l'eutanasia passiva nel caso di persone in «stato vegetativo permanente» se a richiederlo è un membro della famiglia, con approvazione e controllo da parte di medici e giudici.

**M**a per l'India legalizzare l'eutanasia potrebbe diventare uno stratagemma economico, «uno strumento per il contenimento dei costi», ha scritto il *Times of India*, perché in India spesso mantenere un malato significa mandare in bancarotta una famiglia intera. La sanità indiana è in gran parte affidata ai privati, spesso pagati in nero, l'assistenza è costosissima, le cure palliative sono praticamente inesistenti e pochissimi ospedali permettono lunghe degenze. In molti casi i malati più gravi o terminali sono trasferiti in strutture più piccole (più economiche e meno attrezzate) o riportati a casa (dove non avranno l'assistenza necessaria) con il tacito accordo fra medici e familiari che questo non farà che accelerare l'inevitabile. In più, come ha spiegato il presidente della associazione dei medici locale, Sharad Agarkhedkar, la legalizzazione dell'eutanasia mette a repentaglio gli eventuali (e non impossibili) miglioramenti dei pazienti in stato vegetativo. «Piuttosto che pensare all'eutanasia - ha detto - il sistema sanitario indiano dovrebbe occuparsi di offrire un'assistenza migliore ai malati gravi o terminali».

Valentina Fizzotti

**E'** il consenso informato il cuore della proposta di legge su «Dichiarazioni anticipate di trattamento, consenso informato e alleanza terapeutica» che tornerà in aula alla Camera a fine aprile per il voto finale. Ne è convinto Cesare Mirabelli, presidente emerito della Corte costituzionale.

**Partiamo dai principi del nostro ordinamento. È vero che a fondamento di essi c'è il «favor vitae»? E di cosa si tratta?**

«Nel nostro ordinamento esiste un diritto alla vita garantito dalla Costituzione e che costituisce il presupposto rispetto a tutti gli altri diritti, compreso quello alla salute. Il diritto alla vita è tutelato anche da convenzioni internazionali, come la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali o la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo; il diritto alla vita è posto a fondamento dei diritti umani. Anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proteggendo il diritto all'integrità fisica e psichica, protegge in sostanza il diritto alla vita.

**Qual è la corretta interpretazione dell'articolo 32 della Costituzione, che riguarda il diritto alla salute?**

La salute, intesa come condizione di benessere fisico e psichico, è considerata un bene dell'individuo e della collettività. La seconda parte dell'articolo 32 vieta che i trattamenti sanitari siano forniti senza il consenso del paziente. Questo articolo nasce per assicurare una protezione alla persona che in passato è stata oggetto di sperimentazioni e interventi sanitari che ne minavano in qualche modo la dignità, sebbene ritenuti all'epoca positivi. Penso alla lobotomia, che riduce la persona nell'assoluta incapacità di autodeterminarsi. Gli interventi sanitari non possono, quindi, ledere la dignità della persona neppure a motivo di un interesse generale; anche in presenza di un interesse generale, l'intervento non è legittimo se c'è un sicuro danno per la persona: pensiamo, ad esempio, ad alcuni tipi di vaccinazione. Al centro di questo articolo c'è il consenso informato, un diritto affermato anche dalla deontologia e dalla Convenzione di Oviedo sulla biomedicina.

**Come definiamo il consenso informato e cosa comporta la sua centralità nel nostro ordinamento?**

Innanzitutto tengo a chiarire che è qualcosa di diverso dall'autodeterminazione terapeutica. Il consenso informato, infatti, ha un contenuto e una logica relazionale, che si fonda sul rapporto tra medico e paziente. È una manifestazione di volontà che deve essere attuale, non può essere

*C'è un presupposto sul quale si reggono tutti i diritti, compreso quello alla salute: è il «favor vitae» che ispira la Costituzione e l'intera struttura giuridica del nostro Paese. Lo ricorda Cesare Mirabelli, presidente emerito della Corte costituzionale, che sottolinea come «il consenso informato non è una dichiarazione di sovranità assoluta del paziente rispetto alle competenze del medico»*

puramente ipotetico, né astratto né programmatico; esige una valutazione della persona in riferimento alla sua condizione concreta e richiede anche un rapporto di fiducia con il medico. Non è corretto, quindi, affermare che il consenso informato dia luogo a una situazione in cui il paziente abbia la sovranità assoluta di decidere e il medico sia ridotto a strumento di attuazione della sua



volontà. **Ritiene che la proposta di legge sulle Dat rispetti questi principi?** Mi pare che nel dibattito attuale si sottolineino soltanto alcuni aspetti, trascurandone altri fondamentali. Il nucleo della proposta è l'impegno del legislatore a fornire il sostegno e garantire il diritto alle terapie anche nella fase terminale della vita. Inoltre la legge assicura che i trattamenti vengano forniti in base a un'espressione della volontà della persona e non siano rimessi a presunzioni o valutazioni generiche. La partecipazione del medico nella valutazione assicura l'effettività di questa garanzia. Anche la Convenzione di Oviedo stabilisce che i desideri espressi su

un trattamento medico in riferimento a quando la persona non sarà più in grado di comunicare «saranno tenuti in considerazione»; le indicazioni del paziente per il futuro non sono vanificate ma non sono neppure di per sé decisive; questo perché non sono contestualizzate, manca il rapporto immediato tra medico e paziente, manca un consenso attuale. La legge prescrive una serie di garanzie: non è obbligatorio redigere le Dat, hanno una valenza di 5 anni, e anche dal punto di vista terminologico mi sembra più corretto parlare di dichiarazioni anticipate anziché di testamento biologico, che allude al fatto che le dichiarazioni assumeranno valore quando la persona sarà già morta. Questa deriva terminologica nasconde un crinale molto pericoloso perché ci invita a distinguere tra vita degna e vita indegna, andando a contraddire il diritto alla vita di cui parlavamo all'inizio. **Alcuni sostengono che non abbia senso dare la possibilità di scrivere una Dat se poi il medico può agire diversamente. Cosa ne pensa?** È vero che il medico può agire diversamente, ma non può fare

quello che vuole perché la sua azione non può essere arbitraria. La legge, infatti, da una parte segna il limite del divieto di accanimento e di interventi che non siano fruttuosi alla persona, dall'altro impedisce l'abbandono dell'assistenza alla persona. In questo spazio d'azione non rende irrilevante la volontà del paziente. È vero che essa non è di per sé determinante quando è decontestualizzata e non ha come fondamento un consenso attuale e informato. Neppure il fiduciario nominato con la Dat può sostituire la volontà della persona. L'attualità e la concretezza sono elementi che caratterizzano il consenso informato e che sono stati affermati dalla giurisprudenza della Cassazione anche in sentenze di segno diverso rispetto alla sentenza Englaro. Ad esempio, la Cassazione ha ritenuto lecite trasfusioni eseguite sebbene la persona avesse lasciato scritto di non volerle. Le ha ritenute legittime perché il consenso della persona non era attuale. La Cassazione ha specificato che il dissenso alle trasfusioni avrebbe dovuto essere manifestato in modo espresso, attuale, inequivoco e informato.

## letture

# «Far morire? Una cura dovuta...»



**U**n momento come quello attuale nel quale è presente il dibattito sul testamento biologico, è da poco uscito il nuovo libro di Umberto Veronesi dal titolo *Il diritto di non soffrire* per Mondadori. Il titolo annunciato era *Una cura dovuta*, titolo cambiato in seguito. La cura dovuta rappresenta infatti il filo rosso del libro, che è tutto un programma riguardo un tema particolarmente delicato, qual è l'eutanasia. Nel libro vengono affrontati i confini giuridici ed etici delle diverse forme di eutanasia e si prendono in considerazione i risvolti umani, sociali e politici della questione, soprattutto in relazione alla situazione nei Paesi nei quali è lecita la pratica eutanasiaca con accenni a quello che viene definito «il turismo della morte».

**N**el libro viene sottolineato il punto di vista secondo il quale «l'eutanasia non è la somministrazione della morte, ma una delle cure di fine vita». E il testamento biologico sarebbe «uno strumento fondamentale, che certifica la volontà dell'interessato; per questo all'interno del libro Veronesi offre ai lettori il suo personale testamento biologico». Dobbiamo interrogarci su almeno due punti. Primo, quanto ci sia di ideologico e strumentale nelle tesi

*Nell'ultimo libro di Veronesi il «diritto di non soffrire» viene declinato dall'oncologo milanese secondo tesi liberal-radicali che fanno leva sul concetto di autonomia «certificata»*

dell'oncologo riproposte in questo libro con l'avallo del suo chiamarsi in causa direttamente. Tesi che si collocano, come già si sa, nell'orizzonte liberal-radical, nel quale si pone la priorità del principio di autonomia. Secondo, quanta autorevolezza etica e giuridica ci possa essere nelle tesi dell'oncologo dal momento che, restando ferma l'autorevolezza medica e scientifica, non pare che si possa invocare la medesima autorevolezza nelle branche della filosofia e del diritto.

**M**a è verosimile che Veronesi ne abbia contezza, dal momento che chiama in causa per l'eutanasia una definizione che dovrebbe essere assimilata alla dimensione medica, ma che solo apparentemente richiama un assunto clinico, in quanto in realtà ha legami con la filosofia e il diritto: «la cura», per di più «dovuta». Mi sembra di poter affermare, e non solo sul piano morale, ma anche su quello clinico, con le naturali scaturigini giuridiche, contrariamente alle tesi di Veronesi, che l'alimentazione e l'idratazione non

possono essere considerate cure (mediche), perché sono riferibili alla «cura» intesa nei termini umani del prendersi cura. Figuriamoci, allora, se l'eutanasia possa essere considerata una cura e per di più dovuta, quando il curare dovesse essere visto nei termini di una morte anticipata, a contrastare sia l'impegno del «to cure» che del «to care».

**L'**eutanasia come cura è un ossimoro inaccettabile sul piano clinico e su quello morale per tutti gli operatori sanitari. L'eutanasia non può essere una cura, né nel senso del «to cure» (curare dal punto di vista medico, terapeutico, l'individuo malato), né nel senso del «to care» (prendersi cura, dal punto di vista assistenziale globale, della persona malata). Si cura il malato, infatti, in ogni senso, perché sia in vita e perché ci sia nel miglior modo possibile, attuando tutti i mezzi, scientifici e umani, proporzionali al caso e alle circostanze, evitando di incappare nell'accanimento terapeutico. La differenza nei confronti delle tesi di Veronesi è netta. È la differenza la può fare soltanto un atteggiamento particolare nei confronti del problema, che faccia collocare l'etica in un orizzonte antropologico personalistico, a scanso di riduzionismi basati sui principi come quello di autonomia o del permesso, in riguardo invece di un agire che sia integralmente umano.

## contromano

di Tommaso Scandroglio

# «Decido io». Ma i capricci non dettano legge



**U**n erroneo concetto di autodeterminazione è il minimo comun denominatore di alcuni fenomeni sociali che fanno a pugni con i «principi non negoziabili». Nell'aborto lo slogan «l'utero è mio e decido io» sarà pur vecchio di quaranta anni ma è ancora alla base dell'interpretazione corrente della legge 194. Legge nata dalla pressione ideologica per «tutelare» simile esigenza. Se invece madre natura non dona il bebè tanto desiderato, si pretende di averlo per vie artificiali e inoltre si esige che sia perfetto e che la legge accondiscenda a tutto ciò. Non acconsentire a simili richieste sarebbe ledere la libertà della persona. Oggi infine tocca all'eutanasia: la vita è mia e determino io la soglia minima di apprezzabilità della stessa, i requisiti minimi di sopportabilità per determinare se è degna di essere vissuta. Come negli esempi precedenti si pretende una legge che dia tutela a questa autonomia e che la sacralizzi. Ovvio che in tale prospettiva le Dat non possono che essere vincolanti per il medico perché espressione di un libero volere che non deve conoscere limiti. Tale interpretazione del principio di autodeterminazione però non è proprio condivisibile alla luce della ragione e del diritto vigente. La libertà non può essere intesa in senso assoluto, cioè sciolta da qualsiasi legame. Bensì la nostra libertà è relativa, è agire in relazione a ciò che mi detta la natura umana la quale pretende che si conservi la vita e la salute, mia («no» all'eutanasia) e degli altri («no» all'aborto e alla fecondazione artificiale). Un'autodeterminazione vincolata dunque. Intendere in

*Dalla 194 sull'aborto all'ipotesi di eutanasia legalizzata: così un'interpretazione deformata del principio di autodeterminazione ha influito sull'opinione pubblica. E ha distorto la lettura del dettato costituzionale sull'assistenza medica*

modo diverso il principio di autonomia significa comprimere e quindi svilire il naturale anelito al bene dell'uomo e non aver compreso la sua intima essenza, così come ricordò Benedetto XVI nell'ottobre del 2008 in occasione del Congresso nazionale della Società italiana di chirurgia: «L'esaltazione individualistica dell'autonomia finisce per portare ad una lettura non realistica, e certamente impoverita, della realtà umana».

**D**a ciò discende che le leggi dello Stato devono essere certamente al servizio dell'uomo, ma al servizio del suo vero bene, non delle sue vogliuzze, dei suoi capricci, dei suoi impulsi autoleisionisti. Da parte del legislatore ci deve essere perciò un riconoscimento oggettivo delle esigenze naturali dell'uomo: la vita, la salute, la libertà, etc. E un rigetto di tutte quelle condotte che seppur volute dall'interessato stesso vanno a ledere questi suoi diritti indisponibili. Qualcuno potrebbe obiettare: «Ma l'articolo 32 della Costituzione sancisce il diritto al rifiuto delle cure». Non è così. Il rifiuto di trattamenti sanitari è una mera facoltà di fatto, non un diritto. Vi sono almeno due ragioni a sostegno di ciò. In

primo luogo l'articolo 32 della Costituzione non sancisce un diritto alla non cura, ma impone un limite alla cura coattive prestate dallo Stato. È una differenza non da poco: porre un «alt» al dovere di cura da parte dei medici non significa corrispettivamente riconoscere un diritto soggettivo a rifiutare le terapie. In secondo luogo la salute è qualificata dall'articolo 32 come «diritto fondamentale».

**D**i conserva discende il fatto che non può esistere un diritto diametralmente opposto a questo, cioè il «diritto fondamentale» alla malattia, alla mancanza di salute. E quindi non ci può essere il diritto ad evitare quelle cure che potrebbero farmi recuperare il mio stato di salute intaccato da una patologia. Se dunque non si può predicare un diritto alla non cura, non esiste parallelamente nessun obbligo giuridico in capo al medico nell'interrompere le cure rifiutate dal paziente. Infatti laddove si predica un diritto ci deve essere un dovere in capo a qualcuno di soddisfare questo diritto. In buona sostanza la persona ha la facoltà di sottrarsi alle cure, ma non pretenda che il medico collabori con lui in questo intento. Puoi buttarti da un cornicione, ma non venire a chiedere che qualcuno ti dia una spinta. A questo punto però viene da domandarsi: il principio di autodeterminazione che fine fa? Il suo ambito di applicazione in realtà è assai esteso. Di fronte a una patologia il medico illustrerà tutte le possibili soluzioni e i rischi connessi. Starà poi al paziente, sostenuto dai familiari, decidere quale strada terapeutica intraprendere, conscio che l'unico limite impostogli è il rifiuto di cure salvavita.