

# Per tutelare la vita serve un testo senza ambiguità

## il testimone

### Papa Wojtyła e quella cattedra della sofferenza

**T**ra le leggende metropolitane che accompagnano la discussione sui temi del fine vita, ve n'è una che sollecita particolarmente le corde di quei cattolici che confondono la coscienza morale con l'autodeterminazione. Si tratta della famosa frase «Lasciatemi andare» pronunciata da Giovanni Paolo II nell'imminenza della morte. Appropriandosi abusivamente di queste parole, qualcuno ha tentato di utilizzarle per un'improbabile approvazione di scelte agli antipodi con la testimonianza del grande Pontefice. Bene ha fatto pertanto Renato Buzzonetti, archiatra pontificio, a ricordare che il Papa, amante della vita, accettò tutti gli interventi diagnostici e tutte le cure, compresa l'idratazione per flebolisi, e fino alla tracheotomia, all'assistenza cardio-respiratoria e al sondino nasogastrico per la nutrizione enterale. Del resto, non poteva essere altrimenti per colui che oltre a essere l'autore dell'*Evangelium vitae*, era stato anche il cantore del valore salvifico della sofferenza. Una sofferenza conosciuta fin da giovanissimo, sia nelle malattie che avevano portato a morte la madre e il fratello, sia quando egli stesso aveva rischiato di perdere la vita per un grave trauma cranico dopo essere stato investito da un camion. L'amore per i sofferenti si era manifestato fin dall'inizio del pontificato, quando il giorno dopo l'elezione fece la sua prima inattesa uscita dal Vaticano proprio per recarsi a visitare il suo amico monsignor Deskur, ricoverato in un ospedale romano per un ictus. Lo stesso apprezzamento per il valore della sofferenza nell'economia della salvezza lo spinse negli anni successivi a visitare tutti gli ospedali romani, oltre a quelli dei luoghi in cui lo portavano i pellegrinaggi.

**N**el 1982, già reduce dall'attentato, volle intervenire nell'auditorium dove si svolgeva il XV Congresso mondiale della Fiamc, la Federazione internazionale delle Associazioni dei medici cattolici, che alcuni anni dopo ho avuto l'onore di presiedere. In occasione del Congresso fu chiesto al Papa un documento magisteriale sulla sofferenza, di cui la Chiesa era priva, malgrado fosse stata all'origine dell'attenzione per i sofferenti e avesse presieduto alla nascita e alla diffusione degli ospedali. Fu così che l'anno successivo nacque la lettera apostolica *Salvifici doloris*. «Man mano che l'uomo prende la sua croce, unendosi spiritualmente alla Croce di Cristo, si rivela davanti a lui il senso salvifico della sofferenza», scriveva il Papa nella *Salvifici doloris*. Quando ciò accade, «allora l'uomo trova nella sua sofferenza la pace interiore e perfino la gioia spirituale». Già in difficoltà, rivolse nel 2004 un memorabile discorso su idratazione e nutrizione dei pazienti affetti da stato vegetativo e di minima coscienza ai partecipanti al Congresso che avevo organizzato con la Fiamc. Con l'aumentare del peso delle sue infermità, il Policlinico Gemelli era diventato quasi la succursale del Palazzo apostolico. Giovanni Paolo II trasformò la sua stessa sofferenza in una cattedra, dando testimonianza prima che con le parole, col suo stesso corpo, che da atletico e aitante era diventato sempre più icona visibile del *Christus patiens*. Nessuno potrà toglierci dagli occhi la memoria di Giovanni Paolo II abbracciato alla croce nella sua cappella privata una settimana prima della morte, mentre al Colosseo si teneva la Via Crucis del Venerdì Santo 2005. Per questo è ingiusto cercare di far passare per rinuncia volontaria alle cure il percorso di un uomo che beve fino in fondo il calice della sofferenza e che, continuando tutte le cure, chiese solo di morire a casa sua, quando le condizioni erano ormai terminali. Per questo è disonesto tentare di utilizzare il suo appello «Lasciatemi andare» per dare una patente di nobiltà all'eutanasia omissiva e all'abbandono terapeutico.

Gian Luigi Gigli



di **Alberto Gambino**

## box «Comaiuto» per le famiglie



La «Casa dei risvegli Luca de Nigris»

**S**i chiama «Comaiuto» ed è la scommessa lanciata dall'associazione «Gli amici di Luca» di Bologna che punta a creare una rete di servizi di affiancamento e accompagnamento a domicilio per familiari e pazienti in stato vegetativo e con esiti di coma. L'iniziativa rientra fra i progetti speciali che sostiene l'edizione 2011 di «Trenta ore per la vita», la campagna di sensibilizzazione e raccolta fondi all'interno dei palinsesti televisivi, radiofonici e multimediali della Rai che ha messo a disposizione le sue reti e piattaforme fino al 1 maggio. Quest'anno la manifestazione ha come punto di riferimento il progetto «Otto minuti per la vita» promosso dalla Croce rossa italiana per diffondere la conoscenza delle pratiche di rianimazione cardio-polmonare in situazioni di emergenza e incrementare la disponibilità di defibrillatori salvavita nelle scuole e nelle strutture sportive pubbliche. «Il progetto de "Gli amici di Luca" si lega perfettamente alla campagna "Otto minuti per la vita" - afferma Roberto Piperno direttore della Casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna - perché gli esiti di coma sono in maggior parte dovuti a ictus, anossia e arresti cardiaci». A Bologna la Croce rossa e «Gli amici di Luca» hanno organizzato per giovedì 5 maggio al teatro Dehon, alle 21, una serata con i volontari del soccorso e della compagnia teatrale dell'associazione che presenterà lo spettacolo «Metamorfosi» realizzato dalle persone uscite dal coma e da attori dilettanti.

**U**na legge sull'alleanza terapeutica medico-paziente e sulle direttive anticipate di trattamento si rende indispensabile. L'incertezza in materia sta infatti provocando confusione tra medici e inquietudine tra pazienti. Si pensi soltanto all'ultima decisione della Cassazione di venti giorni fa, con la quale si è stabilito che il medico non debba operare in quei casi-limite che configurano interventi sproporzionati, anche dinanzi a una richiesta espressa del paziente. Con la conseguenza drammatica che, a causa dell'oggettiva difficoltà di valutare quali trattamenti siano effettivamente proporzionati davanti a un quadro clinico estremamente complesso, taluni medici potrebbero finire coll'optare per il non intervento piuttosto che correre rischi di responsabilità risarcitorie. Ed è facile prevedere - per converso - che tale stato di cose porterà all'incremento di denunce di pazienti e familiari per omissione di soccorso, con l'effetto di aumentare le richieste di risarcimento, questa volta a carico delle strutture sanitarie colpevoli di non avere prestato adeguata assistenza. Anche per questo, dunque, risulta davvero urgente la promulgazione della legge sulle Dat e sul consenso informato. Occorre allora mettere definitivamente a punto alcuni aspetti del disegno di legge attualmente pendente alla Camera dei deputati. Quelli che seguono appaiono profili che meritano particolare adeguamento.

**L**a riconducibilità del fine vita ai soli casi di morte prevista come imminente. L'esigenza di una legge sul fine vita è avvertita in particolare per evitare che si riproducano nel nostro ordinamento vicende come quella di Eluana Englaro, in cui a una paziente giovane, in stato vegetativo persistente - che avrebbe dunque vissuto ancora a lungo - è stata interrotta l'idratazione

*Nel confronto alla Camera, e nel successivo passaggio al Senato, c'è spazio per interventi di messa a punto quanto ad aspetti specifici della legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento. Un testo indifferibile, ma che può essere ripulito da qualche possibile «zona grigia»*

al fine di provocarne la morte. Sottesa a tale drammatica scelta vi è la messa in discussione della dignità della vita delle persone in stato di incoscienza prolungata nel tempo. L'attuale disegno di legge, con una serie di affermazioni condivisibili, mira a tutelare la vita umana quale «diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere» (articolo 1.1, lett. a). Problematica appare, allora, l'indicazione di due categorie di pazienti, quelli «in stato di fine vita» e quelli «in condizioni di morte prevista come imminente», al fine di prescrivere per ambedue le situazioni l'astensione del medico da alcuni trattamenti (articolo 1.1, lett. f). Con tale distinzione si intende affermare che le situazioni di «fine vita» non coincidano con quelle di «morte imminente», comprendendo nel primo caso proprio situazioni di degenza persistente e presumibilmente irreversibile: perché allora trattarle come quelle di persone che stanno sul punto di morire? Se così fosse, si disattende la motivazione più profonda della legge: evitare che le persone in stato di lunga e, forse, irreversibile degenza postolino minori esigenze di cura rispetto a quelle degli altri pazienti.

**I** ruolo sempre e soltanto curativo dei medici e l'inesigibilità di interventi interruttivi di trattamenti salvavita. Il disegno di legge considera chiaramente le attività del medico e di chi assiste le persone «esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza» (articolo 1.1, lett. c). Ora, tuttavia, non è chiarito cosa accadrebbe nel caso di (legittima) revoca, da parte del paziente cosciente e consapevole, rispetto a un trattamento sanitario in atto e, in particolare, se i trattamenti salvavita (tipo il ventilatore artificiale applicato a Welby) siano configurabili come trattamenti vitali (articolo 2.5). In questi casi, infatti, il medico non si limiterebbe a non somministrare più una terapia, secondo i legittimi voleri del paziente, ma opererebbe

## box Mosca, alla Duma il no all'eutanasia

**I**l governo russo ha presentato alla Duma, la camera bassa del Parlamento di Mosca, un disegno di legge per dichiarare illegale l'eutanasia, impedendo provvedimenti futuri che possano introdurla. L'obiettivo è rivedere la legge sanitaria del 1993. «Il testo vuole garantire che il medico non si trasformi in un omicida», ha detto Tatyana Yakovleva, vicecapogruppo alla Duma del partito di maggioranza Russia Unita. La mossa del governo si spiega con il disegno di legge, in discussione alla Commissione politiche sociali della Camera alta, che legalizza l'eutanasia volontaria per i malati terminali. Il testo è discusso dal 2007 e il governo mira a non farlo mai diventare legge. **(S.Ver.)**

attivamente il distacco di un presidio salvavita. Essendo il ruolo del medico esclusivamente curativo (come bene espresso nell'articolo 1.1, lett. c), appare coerente specificare che la revoca al trattamento è inefficace quando implichi da parte del medico un atto interruttivo di presidi salvavita.

**I** grado qualificato di colpa medica per i trattamenti straordinari. Proprio i principi ispiratori della legge, che vedono nel ruolo curativo del medico un pilastro portante, implicano necessità di chiarimenti in ordine alla sua responsabilità, drammaticamente sottolineata proprio dalla sentenza di Cassazione richiamata in premessa. In particolare, per tenere fede all'obiettivo della piena tutela della salute e della vita del paziente e di evitare inezie o mancati interventi dettati dal timore di responsabilità risarcitorie, occorre chiarire la diversa soglia di responsabilità professionale del medico nel caso in cui si trovi davanti a interventi curativi di straordinaria portata. In questi casi dovrà rintracciarsi, per la punibilità del medico, il più impegnativo elemento della colpa grave.

**I** superamento della regola del consenso informato nei casi di pazienti incapaci. In punto di consenso informato espresso da chi ha la tutela del paziente, occorre preliminarmente sgomberare il campo da un equivoco: mentre per il tema delle direttive anticipate di trattamento c'è da sanare un *vulnus* provocato da una certa giurisprudenza creativa, che, a partire dal caso Englaro, ha legittimato alcune forme di testamento biologico, diverso è il tema del consenso informato (che riguarda, dunque, la persona in stato di coscienza) rispetto al quale l'attuale giurisprudenza, in tema di

incapacità legale del paziente, non arriva definitivamente ad assegnare un ruolo di sostituzione delle decisioni del malato in capo ai soggetti che ne hanno la tutela (tantomeno all'amministratore di sostegno come invece intende l'articolo 2.6 del progetto di legge). Il disegno di legge introduce quale regola generale "innovativa" che tutti i trattamenti siano somministrati soltanto a seguito della manifestazione del consenso anche con riguardo ai soggetti incapaci, per mezzo di loro rappresentanti legali (articoli 2.6 e 2.7). Tale regola non può però assicurare a principio assoluto, che rischia di "burocratizzare" il consenso informato, trasformandolo in un meccanismo formale, la cui assenza, in caso di incapacità del paziente, finirebbe coll'impedire al medico di agire in tutti i casi di urgenza oggi pacificamente consentiti dal codice deontologico (secondo il quale, il medico deve agire - anche contro la volontà del rappresentante legale - se vi è «grave rischio per la salute» dell'incapace e non soltanto se vi è «pericolo di vita» per «evento acuto» o «grave complicanza» come prevede in modo riduttivo l'articolo 2.9).

**G**li strumenti di tutela effettiva per impedire prassi di abbandono terapeutico degli incapaci. Ancorché il disegno di legge preveda che la decisione di tutore, amministratore di sostegno e genitore sia comunque volta alla «salvaguardia della salute» del soggetto incapace (articoli 2.6 e 2.7; finalità cui è tenuto, nel testo della Commissione, anche il personale sanitario, articolo 2.8) potrebbero, tuttavia, verificarsi in concreto casi di diniego del consenso da parte del soggetto che ha la tutela, configurabili come illeciti civili, se non penali, ma che comunque non consentono di per sé al medico di attivare i trattamenti adeguati. Per scongiurare tali zone grigie, senza tutela effettiva, occorre allora chiarire che i casi di inerzia e di inadempimento dei soggetti legittimati a esprimere il consenso, tali da attivare l'obbligo di segnalazione al pm da parte del medico, al fine di ottenere l'autorizzazione giudiziaria (una puntualizzazione in tal senso è opportuna all'articolo 8.3), comprendono anche il dissenso che appaia contrastare con la tutela della vita e della salute del paziente.

contromano di Lorenzo Schoepflin

# Cattivi maestri per un'«etica del suicidio»

**«U**na possibilità meravigliosa», «un diritto umano». Così Ludwig Minelli, presidente di Dignitas, autodefinitosi attivista per i diritti umani, ha descritto il suicidio in un'intervista rilasciata alla Bbc due anni fa. Al convegno dal titolo «Suicidio assistito ed eutanasia, una questione di diritti umani», tenutosi nel luglio 2007 e organizzato dal Partito radicale e dal gruppo dei liberali e democratici dell'europarlamento (Alde), Minelli intervenne ribadendo i medesimi concetti, lamentandosi delle difficoltà per garantire assistenza al suicidio per i malati di mente: «Il problema di come aiutare una persona malata di mente resta irrisolto», disse. In quanto a Minelli, il dottor Nitschke, noto come «dottor morte australiano» e direttore di Exit, un'altra organizzazione che opera a livello internazionale per divulgare le «migliori» tecniche per suicidarsi, non è certamente secondo a Minelli. Nel 2001, Nitschke, a colloquio con una giornalista del National Review Online, si domandò: «Perché gli adolescenti dovrebbero attendere di compiere 18 anni (per

*Dal «dottor morte australiano» al professore Usa che teorizza di uccidere i neonati disabili: sono gli «ideologi» che anche in Italia hanno trovato spazio*

avere accesso al suicidio assistito, ndr)». Oggi Nitschke, con la rete di Exit, diffonde le sue idee in tutto il mondo (suo lo spot tv portato in Italia dai radicali).

**N**on può sorprendere che il direttore di Exit abbia parlato di Jack Kevorkian, meritatosi prima di lui il soprannome di «dottor morte», come di «un eroe». Kevorkian è il medico di origine armena che nel 1999 fu arrestato negli Stati Uniti con l'accusa di omicidio (aveva praticato un'iniezione letale a Thomas Youk, affetto da malattia neurodegenerativa), dopo che aveva aiutato almeno 130 persone a morire. Interpellato dal Time Magazine nel 1993, che gli chiedeva se la malattia terminale fosse requisito necessario per ottenere l'assistenza al suicidio, rispose: «Naturalmente no. E non deve essere neppure dolorosa. Ma la qualità della vita deve essere pari a

zero». Minelli, Nitschke e Kevorkian hanno coniugato teoria e pratica. Ma sono probabilmente Peter Singer e H. Tristram Engelhardt coloro che hanno gettato le basi filosofiche moderne per la giustificazione di eutanasia e suicidio assistito, attraverso molti dei loro libri. Con «Ripensare la vita» Singer, professore di bioetica all'Università di Princeton, nel 1994 si propone di elaborare una «nuova morale per il mondo moderno». Tra i tanti passaggi favorevoli ad aborto, eutanasia, suicidio assistito e infanticidio, si può leggere: «Gradualmente impareremo a pensare che, nel caso di malati terminali o incurabili, un corretto esercizio della professione medica comprende anche la pratica dell'eutanasia». In «Etica pratica», del 1997, Singer afferma poi: «Uccidere un neonato disabile non è moralmente equivalente ad uccidere una persona. Molto spesso non è affatto sbagliato. È del 1986 invece «Foundations of bioethics» («Fondamenti di bioetica»), l'opera in cui Engelhardt, professore di filosofia alla Rice University in Texas, afferma che nel «contesto morale laico [...] cosa ci sia di moralmente sbagliato nel causare direttamente o nel determinare

la morte di un individuo innocente non lo si comprende più». E, più avanti, prosegue: «L'autorità morale può discendere solo dal consenso, dal permesso delle persone coinvolte».

**S**ono queste le idee a cui si ispirano coloro che oggi in Italia vorrebbero la legalizzazione dell'eutanasia. Maurizio Mori, presidente della Consulta di bioetica, sull'*Unità*, in occasione della morte di Eluana, scrisse che «non sempre la vita è buona». La consulta si batte per la legalizzazione dell'eutanasia e nel 1993 produsse un documento in cui se ne affermava la liceità morale. Nel marzo 2009, ancora sull'*Unità*, Mori e altri firmatari, tra cui il dottor Mario Riccio, coinvolto nel caso Welby, pubblicarono un appello in cui si rivendicava «la moralità e la desiderabilità» di eutanasia e suicidio assistito. Interventi di Engelhardt sono ospitati nella rivista pubblicata dalla Consulta. Pochi giorni fa, il Coordinamento laico nazionale, di cui la Consulta fa parte, ha contestato la presenza di Benedetto XVI in tv, con riferimento alla risposta in merito allo stato vegetativo, ribadendo il diritto alla «libertà di scelta».