

INIZIATO L'ITER ALLA CAMERA

Pochi fronzoli: si scrive Dat, si legge eutanasia

VIDA Y BIOÉTICA

14_03_2017



**Tommaso
Scandroglio**



Il Comitato ristretto della XII Commissione della Camera dei Deputati ha elaborato un testo unificato delle diverse proposte in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari. Il testo è approvato alla discussione presso la Camera.

I commenti che girano sui media mettono in evidenza che questo disegno di legge

non permette l'eutanasia, bensì vieta solo l'accanimento terapeutico, cioè la mancanza di proporzionalità tra mezzi terapeutici usati e fini sperati. In modo preliminare è da appuntare che simile pratica è già vietata dal Codice di deontologia medica e che una legge non serve dato che mai riuscirebbe con efficacia a vietare l'accanimento terapeutico perché la proporzionalità delle terapie si verifica caso per caso, paziente per paziente e non può essere prevista a priori in un testo di legge. Ma l'aspetto più rilevante sta nel fatto che, al contrario del parere di molti esperti e commentatori, questo testo unico legittima l'eutanasia sia nella sua forma omissiva che in quella commissiva, cioè attiva, e sull'accanimento terapeutico spende solo mezza riga.

L'articolo di legge quasi certamente subirà delle modifiche sia alla Camera che in Senato, ma ne diamo qui comunque un'analisi dei suoi aspetti principali rebus sic stantibus. Il paziente quali trattamenti potrà rifiutare? L'art. 1 comma 5 ci informa che il rifiuto potrà riguardare non solo trattamenti salvavita – facoltà già permessa attualmente - ma anche alimentazione e idratazione che non sono trattamenti/terapie ma mezzi di sostentamento vitale. Infatti fame e sete non sono patologie, bensì esigenze fisiologiche. Fino ad oggi nutrizione e idratazione non potevano essere rifiutate ex art 32 Cost. perché appunto solo le terapie possono essere oggetto di rifiuto (però se per alimentare un paziente devo praticare una piccola operazione chirurgica come la Peg – che permette la nutrizione enterale – quella operazione può essere, sotto il profilo giuridico, legittimamente rifiutata). Il Ddl non parla di rifiuto della ventilazione (fame di ossigeno), ma crediamo che sia solo questione di tempo ed anche essa potrà venire rifiutata. Negare il proprio consenso a terapie salvavita e alla nutrizione e idratazione, oltre a configurare una fattispecie particolare di suicidio, può altresì configurare eutanasia omissiva se il medico sposa l'intenzione del paziente di lasciarsi morire così da non soffrire più.

Il rifiuto di trattamenti salvavita può avvenire non solo per le terapie da iniziare

- come avviene oggi - ma anche per quelle già in essere (è stato il caso che ha interessato Piergiorgio Welby), fattispecie attualmente vietata. L'interruzione può comportare l'eutanasia commissiva dato che ci potrebbe essere l'attivazione del medico per staccare macchinari che tengono in vita il paziente. E così configura eutanasia commissiva togliere la flebo che contiene un certo farmaco salvavita (antibiotico), sfilare il tubicino della Peg, etc. Il Ddl esclude solo un'unica modalità di dare la morte: la somministrazione di preparati letali. Non si è prevista questa modalità unicamente per furberia: la collettività avrebbe immediatamente compreso che il Ddl permetteva l'eutanasia. Le altre forme di dare la morte invece nel percepito collettivo vengono derubricate erroneamente a rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Quali sono le condizioni o i vincoli per accedere all'eutanasia? Nessuno. Non è richiesto, come in moltissime leggi sull'eutanasia anche tra le più libertarie, la condizione di paziente terminale, l'accusa di dolori insopportabili sia fisici che psichici, la volontà reiterata di morire, il consulto di due o più medici, la prognosi infausta, etc. Nulla di tutto questo. Basta chiedere di morire. La libera scelta della persona è quindi insindacabile, persona che può essere anche solamente depressa.

Il comma 7 dell'art. 1 ci informa che il medico non potrà avvalersi dell'obiezione di coscienza. Ergo dovrà compiere atti eutanasici se così fosse richiesto. E dunque l'esercizio di questo dovere da parte del medico non verrà colpito dal reato di omicidio del consenziente ex art. 579 cp.

L'eutanasia potrà essere imposta anche a minori e incapaci contrariamente alla loro volontà, così come è accaduto con Eluana Englaro. L'art. 2 comma 1 così recita: "Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore". I commi seguenti estendono questa facoltà anche agli interdetti e inabilitati. Quindi i genitori, i tutori, i curatori e gli amministratori di sostegno potranno decidere la morte di minori e incapaci come neonati prematuri o disabili, bambini malati, persone in coma o in veglia non responsiva, pazienti affetti da malattie neurodegenerative, disabili mentali, anziani affetti da demenza, etc. E' previsto sì l'obbligo di sentire il minore e l'incapace ma non l'obbligo di assecondare le loro volontà. Perciò potrà accadere che un bambino non voglia morire, ma per il suo "best interest" - espressione usata dalla Cassazione per il caso Englaro - i genitori decidano di ucciderlo.

Si potrebbe obiettare che le pratiche eutanasiche su minori e incapaci sono vietate da questo articolo perché bisogna agire in vista della "tutela della salute psicofisica e della vita del minore". Ma l'interpretazione di questo passaggio potrebbe essere anche differente. Ad esempio continuare a far vivere un bambino nella sofferenza (es. coma) significa ledere la sua salute, quindi desistiamo dalle terapie e lasciamolo morire. Qualcuno potrebbe replicare che così però non si tutela la vita. Si risponde che il criterio di riferimento legittimante la sospensione delle cure è dato dall'art. 3 comma 5: "miglioramento delle condizioni di vita", cioè della qualità di vita. E dunque la tutela della qualità della vita è criterio gerarchicamente superiore alla tutela della vita (mero dato biologico).

Oggi cosa deve fare il medico se il genitore chiede di praticare l'eutanasia o di desistere da terapie importanti per la salute del figlio? Non deve acconsentire. Solo il paziente maggiorenne, cosciente e giuridicamente capace di intendere e volere può sottrarsi alle cure. Il diritto alle cure è inalienabile e i genitori e tutori per legge devono sempre agire per il bene oggettivo del minore e dell'incapace. Se passa questo Ddl invece il medico sarà obbligato a seguire le indicazioni dei genitori e non potrà obiettare. Trattasi di omicidio sic et simpliciter.

L'art. 3 disciplina le Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), cioè quel documento in cui il dichiarante esprime le proprie volontà in merito a quali terapie vorrà o non vorrà essere sottoposto nel caso in cui non fosse più cosciente. Nelle Dat si potranno rifiutare sia terapie salvavita che nutrizione e idratazione. Sulle fragilità

intrinseche alle Dat [rimandiamo ad altri articoli](#).

Il medico in linea generale dovrà dare attuazione alle Dat: infatti non sono dichiarazioni, ma disposizioni di carattere coattivo. Può disattenderle solo in un caso: “qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita”. Il criterio quindi non è la salvezza della persona, bensì la qualità di vita. Ergo il medico potrà legittimamente così ragionare: “il dichiarante voleva la cessazione dell'idratazione se fosse entrato in coma. Il paziente può salvarsi, ma se si risveglia accuserà danni cerebrali. La qualità della vita – secondo me e non secondo il paziente – mi indica di farlo morire togliendogli l'idratazione, così come richiesto”. Vera e propria selezione eugenetica ad arbitrio del medico e fiduciario.

Infine sono valide anche le Dat depositate, in modo illegittimo, nei registri comunali sorti negli anni precedenti in tutta Italia. Da qui una domanda: come verificare che quelle disposizioni siano state redatte in modo libero e informato? Impossibile.

E dunque questo Ddl amplia le possibilità di esercitare un vero e proprio diritto a morire, già presente in nuce nell'attuale quadro normativo, preparando la fossa ad una schiera di pazienti che, soprattutto nelle Dat, chiederanno l'eutanasia. E se avranno cambiato idea, nulla potranno fare perché a parlare a posto loro ci saranno le Disposizioni anticipate di trattamento. Avranno così firmato la loro condanna a morte.