La legalizzazione surrettizia dell'eutanasia e dell'aiuto al suicidio attraverso la sospensione dei mezzi di sostegno vitale e l'atto medico della sedazione. Criticità della Proposta di Legge:"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". I corretti significati etico-clinici di nutrizione e idratazione e la buona pratica clinica nelle questioni bioetiche della cronicità e del fine vita.

*Gennaro Cera**

*Medico ospedaliero, dottore di ricerca e docente a contratto di Bioetica.

Introduzione

Dopo l'inizio del dibattito parlamentare alla Camera dei Deputati sulla **Proposta di Legge "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"**, preceduto dall'appello ai politici di Lorenzo Moscon contro la possibile legittimazione di ogni forma palese o subdola di eutanasia di "Stato", è doveroso e urgente, soprattutto per chi vive sul campo le problematiche del fine vita di tanti ammalati, trasmettere alcune fondamentali precisazioni sui concetti di nutrizione e idratazione relativamente agli aspetti clinici ed etico-deontologici ed in riferimento alla "buona pratica clinica" nel fine vita e non solo. Purtroppo, infatti, la nutrizione e l'idratazione, anche artificiali, vengono spesso associate, in modo erroneo, strumentale ed ideologico, a forme di accanimento terapeutico. Tali distorte interpretazioni, non rispettose del dato scientifico e clinico, ancor prima che di quello etico, vengono sempre più propagandate dai mass media attraverso i salotti della politica e della cultura di tendenza, al fine di poter includere, all'interno di dichiarazioni o disposizioni anticipate di trattamento vincolanti per il medico, il rifiuto o la richiesta di sospensione della nutrizione e dell'idratazione, così da pervenire, surrettiziamente ed in modalità "omissiva", alla legalizzazione dell'eutanasia nel nostro Paese**,** nell'impossibilità, al momento, di poterla normare in modo conclamato e attivo.

Ma c'è di più. La legittimazione della sospensione dei mezzi di sostegno vitale (in qualsivoglia stato e condizione di malattia, come la proposta di legge in esame intende promuovere), di fatto, apre le porte anche all'*eutanasia* cosiddetta *attiva o* all'*aiuto al suicidio*[1], inducendo il medico, obbligato per legge a sospendere il sostegno vitale del paziente, ad effettuare ulteriori interventi attivi per il rispetto normativo delle volontà dello

[1]In Italia, secondo la legislazione vigente, l'eutanasia e l'aiuto al suicidio sono considerati reati contro la persona [**art. 580 c.p**. **Istigazione o aiuto al suicidio**: Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione (l'agevolazione può avvenire anche per omissione), è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se la persona aiutata è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere , si applicano le disposizioni relative all'omicidio (artt. 575-577 c.p.); **art. 579 c.p**. **Omicidio del consenziente:** Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni].

stesso paziente (ad esempio, il distacco del respiratore o le pratiche di sedazione profonda al fine di evitare al paziente una morte atroce per disidratazione e inanizione o per asfissia acuta a seguito della sospensione dei mezzi di sostegno vitale).

In tal modo, come vedremo meglio in dettaglio, la pratica eutanasica o l'aiuto al suicidio, senza essere mai nominati, verrebbero introdotti surrettiziamente nel nostro Paese sia in forma "omissiva" o "passiva" (attraverso la sospensione dei mezzi di sostegno vitale) sia in forma "attiva", attraverso veri e propri atti medici che si renderebbero "necessari", a seguito del rifiuto del sostegno vitale da parte del paziente, per il rispetto normativo delle volontà di quest'ultimo.

Premesso che la malattia e il dolore di ogni ammalato meritano un profondo rispetto e l'astensione da ogni giudizio sulla persona sofferente in merito alle proprie scelte esistenziali (giudizio che appartiene solo a Dio), è, tuttavia, doveroso illustrare in dettaglio i rischi legati all'eventuale approvazione della suddetta proposta di legge nonchè i corretti significati clinici ed etici della nutrizione e dell'idratazione nelle questioni bioetiche della cronicità e del fine vita, secondo le norme di buona pratica clinica e nel rispetto, autentico, della persona e della sua dignità.

1. Nutrizione, idratazione e concetto di accanimento terapeutico nella pratica clinica.

Per definizione, l'accanimento terapeutico consta nell'utilizzo, nella pratica clinico-assistenziale, di cure e terapie medico-chirurgiche particolarmente gravose, che impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre (definizione largamente condivisa in ambito clinico e bioetico)[2].

Il Comitato Nazionale di Bioetica (organo consultivo del Governo che esprime pareri, mozioni e risposte, in forma di comunicati o dichiarazioni ufficiali, sulle più attuali questioni bioetiche, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi), nel Documento "*L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*", sulla base delle più autorevoli evidenze scientifiche e delle norme di buona pratica clinica, ha affermato che:
- l'alimentazione e l'idratazione costituiscono "*forme di sostegno vitale di base sempre dovute all'ammalato*" (in qualunque stato di malattia si trovi, sia esso, ad esempio, in una condizione stabile di stato vegetativo persistente sia esso in un percorso di malattia cronica evolutiva o terminale), "*in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere (garantendo la sopravvivenza, togliendo i sintomi di fame e sete, riducendo*

[2] Un'altra simile definizione di accanimento terapeutico è quella che ritroviamo nel Documento del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) dal titolo: "*Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*"(1995): "Esso può essere definito come un trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.

i rischi di infezioni dovute a deficit nutrizionale e ad immobilità, ecc.."(Comitato Nazionale di Bioetica);
-"*acqua e cibo non diventano una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale*" (Comitato Nazionale di Bioetica);
- "***la sospensione di nutrizione e idratazione va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico****, ma piuttosto come una forma particolarmente crudele di* ***abbandono del malato"***(a morire di fame e di sete e non della sua malattia) [Comitato Nazionale di Bioetica];
- ***"la richiesta nelle Dichiarazioni anticipate di trattamento di una sospensione di tale trattamento si configura, infatti, come la richiesta di una vera e propria eutanasia omissiva, omologabile sia eticamente che giuridicamente ad un intervento eutanasico attivo, illecito sotto ogni profilo"***(Comitato Nazionale di Bioetica).

Pertanto, nutrizione e idratazione, sul piano clinico (in rapporto, cioè, alle effettive esigenze cliniche dell'organismo umano) e, di conseguenza, anche su quello etico, non possono mai costituire forme di accanimento terapeutico (eccetto che in un'unica condizione clinica di cui si dirà), poiché acqua e cibo non rappresentano delle terapie, delle cure, bensì i mezzi di sostegno vitale di qualunque organismo, sano o malato, in assenza dei quali l'individuo muore per fame e per sete e non per gli effetti della patologia, anche incurabile, da cui può essere affetto.

La persona (bambino, anziano, disabile) che assume, anche attraverso terzi, acqua e cibo non effettua su se stessa una cura medica o una procedura terapeutica, ma semplicemente fornisce al proprio organismo i mezzi di cui fisiologicamente ha bisogno per vivere, a prescindere dalla malattia, la quale, se presente, continua a fare il suo corso. Per tali motivi, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) ha anche ribadito che ***"acqua e cibo non diventano una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale"***.

Difatti, la *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, adottata dalle Nazioni Unite il 13.12.2006 e ratificata dal Parlamento italiano il 25.02.2009, all'art. 25 impegna gli Stati che l'hanno sottoscritta a prevenire nelle persone con disabilità *"il rifiuto discriminatorio di assistenza medica o di prestazione di cure e servizi sanitari o di cibo e liquidi in ragione della disabilità"*.

Ricordo, inoltre, che il Consiglio Superiore di Sanità, il 20 dicembre 2006, a proposito del caso Welby, ha affermato che i mezzi di sostegno vitale (compreso il respiratore che lo teneva in vita) non rientrano nella definizione di accanimento terapeutico.

Pertanto, nutrizione e idratazione, oltre a non poter costituire, sul piano clinico, forme di accanimento terapeutico, non possono neppure incorrere in un giudizio più velato di "sproporzionalità di trattamenti", né mai ritenersi "futili" (tranne che nell'unica eccezione sopra menzionata, di cui si dirà), contrariamente a quanto vorrebbero far credere alcune scuole di pensiero (cercando in modo ideologico, strumentale e contro ogni evidenza clinica di attribuire a nutrizione e idratazione ambiti sempre maggiori di "futilità" nella pratica clinico-assistenziale), in quanto, oltre a non essere delle terapie, arrecano sistematicamente

all'organismo i benefici correlati alle sue esigenze fisiologiche, **riducendo per di più la sofferenza fisica** legata principalmente agli effetti della disidratazione.

Difatti, la sospensione di nutrizione e idratazione, prima di procurare la morte dell'individuo (sano o malato che sia), determina sul paziente un notevole incremento della sua sofferenza fisica, legata proprio agli effetti della disidratazione protratta, la quale conduce alla nota condizione clinica di uremia: il sangue diventa sempre più concentrato, i reni funzionano sempre meno con l'insorgenza di debilitazione progressiva, aumento della temperatura corporea, difficoltà respiratorie, aumento della frequenza cardiaca, crampi muscolari, infossamento dei bulbi oculari, pallore, secchezza del cavo orale, alito maleodorante (*fetor uremicus),* allucinazioni, convulsioni, fino allo stato di coma. E' risaputo che i pazienti cronicamente disidratati soffrono di numerose patologie, proprio per la difficoltà ad eliminare le tossine prodotte dall'organismo.

Ed è talmente risaputa l'atroce condizione di sofferenza legata alla disidratazione protratta che per secoli è stato tramandato il detto per il quale la *morte per fame e per sete non è da augurarsi neppure al peggior nemico.*

Tutto ciò (che è ben noto ai clinici) è confermato ulteriormente dal fatto che le pratiche eutanasiche effettuate attraverso la sospensione della nutrizione e dell'idratazione prevedono che il paziente venga contemporaneamente sottoposto ad una sedazione profonda irreversibile, la quale, oltre ad annullare la coscienza procura la morte del paziente, evitandogli le atroci sofferenze legate alla disidratazione protratta, alla privazione di cibo e di liquidi. Infatti, dopo la sospensione di nutrizione e idratazione, senza la pratica contemporanea della sedazione profonda irreversibile, il paziente potrebbe rimanere in vita anche per diversi giorni prima che sopraggiunga la morte, tutt'altro che dolce, per fame e per sete.

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel suddetto Documento, ha poi affermato che "*non sussistono invece dubbi sulla doverosità etica della sospensione della nutrizione nell'ipotesi in cui* ***nell'imminenza della morte*** *l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite"*. Tale evenienza, come affermato dal CNB, costituisce l'unico limite obiettivamente riconoscibile al dovere etico e clinico di nutrire e idratare la persona.
Si tratta, pertanto, di una condizione clinica che per la sua peculiarità può eventualmente realizzarsi, come ha affermato il CNB, **solo nell'imminenza della morte** (quando clinicamente, a giudizio medico, si stima che la morte possa sopraggiungere dopo poche ore), per "*incapacità di assimilazione dell'organismo"* o per "*uno stato di intolleranza clinicamente rilevabile* (sempre e solo da parte del medico), *collegato all'alimentazione*" (CNB). E' una condizione riscontrabile negli stati di terminalità in fase agonica, peraltro non frequentemente (contrariamente a quanto si vorrebbe far credere) e, comunque, unicamente nell'imminenza della morte.

Pertanto, è necessario ribadire che tale condizione, allorchè si verifichi nell'imminenza della morte, costituisce, come ha affermato il CNB, l'unico limite obiettivamente riconoscibile al dovere etico e clinico di nutrire e idratare la persona; in tal caso, è lecito ed è norma di

buona pratica clinica evitare di protrarre l'alimentazione e l'idratazione. E', peraltro, di facile comprensione che, nell'imminenza della morte, somministrare all'ammalato una flebo in più o in meno non assume certamente una rilevanza etico-clinica.

In ogni altro stato o condizione clinica diversi da quella appena menzionata (sia nei pazienti coscienti e lucidi sia in quelli incapaci di intendere e di volere), l'atto di nutrire e idratare la persona (nelle dovute proporzioni in rapporto alle esigenze cliniche) rimane sempre obbligatorio e doveroso sul piano clinico (in quanto mai futile e sproporzionato per quanto sopra illustrato) e quindi anche etico, non solo per i sanitari ma anche per i famigliari dei pazienti.

2. Le derive eutanasiche della Proposta di Legge "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Alla luce di quanto sopra esposto, preme ora illustrare le possibili derive eutanasiche della proposta di legge **"***Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento***"**, evidenziate a più riprese da eminenti giuristi, esperti di biodiritto, autorevoli clinici, associazioni medico-infermieristiche e società scientifiche, in rapporto alle ambiguità e contraddittorietà di una parte sostanziale dell'articolato di legge, che, oltretutto, non contiene un esplicito divieto delle pratiche eutanasiche o di aiuto al suicidio. Ma vediamone le motivazioni in dettaglio.

C'è subito da far rilevare che il diritto del paziente a rifiutare qualsiasi tipo di cura e terapia (in tutto o in parte) è già contemplato nelle attuali procedure terapeutico-assistenziali in ambito ospedaliero, esplicitandosi, come da prassi ormai consolidata, con l'annotazione del rifiuto nella cartella clinica, l'apposizione della firma da parte del paziente e le dimissioni di quest'ultimo in caso di rifiuto totale di qualsiasi trattamento. Tale diritto, pertanto, non necessiterebbe, di alcuna ulteriore legittimazione normativa.

Un primo elemento di contraddizione che si rileva nell'articolato di legge riguarda il comma 7 ed il comma 5 dell'art. 1. Infatti, nel comma 7 si afferma che "*il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali*". Ebbene, non si comprende come ciò possa realizzarsi concretamente nella pratica clinica, essendo in aperta contraddizione con l'enunciato immediatamente precedente dello stesso comma 7, in cui si afferma che "*il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente*" di rifiutare ogni trattamento sanitario o rinunciare al medesimo, incluse la nutrizione e l'idratazione (il diritto a tale rifiuto viene più esplicitamente conferito al paziente nel comma 5).

Esempi emblematici di tale contraddizione potrebbero essere costituiti dal caso di un paziente, affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), che rifiuta il respiratore automatico applicato inizialmente in pronto soccorso in situazione di emergenza oppure dal rifiuto di nutrizione e idratazione da parte di un paziente in condizione stabile di malattia, quale ad esempio quella di uno stato vegetativo persistente, al fine di lasciarsi morire.

Qualora, nei casi sopra esemplificati, il medico, in virtù dell'enunciato finale del comma 7 dell'art. 1, si rifiutasse di staccare il respiratore (che determinerebbe la morte del paziente per asfissia) o di lasciare morire il paziente per fame e per sete, evidentemente disattenderebbe le volontà del paziente, che, invece, secondo l'enunciato iniziale dello stesso comma 7, sarebbe tenuto a rispettare. Per l'obbligo normativo di rispettare la volontà del paziente, "qualcuno" dovrà pure staccare il respiratore o rimuovere l'alimentazione e l'idratazione artificiali! La proposta di legge non prevede l'obiezione di coscienza.

Un'altra contraddizione emerge, in modo ancora più stridente, al comma 8 dell'art. 1, ove si afferma che "*nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico deve assicurare l'assistenza sanitaria indispensabile, ove possibile nel rispetto della volontà del paziente*". Anche qui, non si comprende come sia possibile conciliare il rispetto della volontà del paziente di rifiutare i mezzi di sostegno vitale con il dovere e l'obbligo del medico di fornire allo stesso paziente l'assistenza sanitaria indispensabile in casi di emergenza-urgenza, "ove possibile nel rispetto della volontà del paziente". Difatti, nel momento in cui, ad esempio, un paziente affetto da una malattia cronica degenerativa, per di più non in stato terminale**,** rifiutasse i trattamenti già in atto di nutrizione, idratazione e supporto respiratorio, dopo un breve lasso di tempo dalla sospensione dei mezzi di sostegno vitale si renderebbero necessari da parte del medico gli interventi di emergenza-urgenza finalizzati ad evitare la morte del paziente (per insufficienza respiratoria acuta e/o per disidratazione acuta e inanizione), che consistono anzitutto nel ripristino degli stessi mezzi di sostegno vitale di cui il paziente era stato privato, i quali, in siffatte evenienze, vanno garantiti obbligatoriamente (anche per non incorrere in omissione di soccorso). Ciò, evidentemente, annullerebbe l'obbligo da parte del medico di rispettare le volontà del paziente e così in tutti i casi di sospensione dei mezzi di sostegno vitale.

Pertanto, il comma 5 dell'art. 1 della proposta di legge, che prevede, in virtù del rifiuto del paziente, l'interruzione anche di un trattamento di sostegno vitale (quale la nutrizione e l'idratazione) ed il comma 7 dell'art. 1 che obbliga il medico a rispettare la volontà del paziente, sarebbero nel concreto irrealizzabili (oltre che essere improponibili sul piano clinico, deontologico ed etico).

A meno che, come molti temono, la proposta di legge, facendo riferimento al comma 6 dell'art. 1 ["*il rifiuto del trattamento sanitario (comprese nutrizione e idratazione) non può comportare l'abbandono terapeutico del paziente, per cui vanno sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38*], non si proponga, nei casi di rifiuto del sostegno vitale, di legittimare surrettiziamente l'**aiuto al suicidio**, consentendo al medico di ottemperare alle volontà del paziente **senza incorrere in "responsabilità civile o penale"** (art. 1, comma 7), **contro la normativa attualmente vigente** (artt. 579 e 580 c.p.). Più chiaramente, il medico, onde evitare l' "abbandono terapeutico" del paziente, lo accompagnerebbe alla morte (per fame e per sete o per asfissia) nell'unico modo indolore possibile, procurandogli cioè l'annullamento della coscienza mediante pratiche di **sedazione profonda**, la quale costituisce una tipologia di "**sedazione palliativa**" annoverata, oggi, tra le cure ed i

trattamenti palliativi a cui la proposta di legge, al suddetto comma 6 dell'art. 1, fa esplicito riferimento.

E' davvero paradossale che il medico venga obbligato a non praticare l'**abbandono terapeutico** del paziente dal punto di vista della medicina palliativa dopo essere stato costretto (dalla stessa norma di legge) ad abbandonarlo ad un percorso di morte per fame e per sete[3] o per asfissia, per l'obbligo di rispettare le volontà del paziente stesso.

Anche tale stridente paradosso porta i più a pensare che l'obiettivo vero del suddetto comma 6 non sia quello di tutelare realmente il paziente da forme di abbandono terapeutico.

Infatti, secondo l'opinione di autorevoli clinici e giuristi, il comma 6 dell'art. 1, nonostante l'apparente ovvietà dei contenuti, aprirebbe di fatto le porte, in modo surrettizio, all'aiuto al suicidio e alla pratica eutanasica**,** propinata sotto le mentite spoglie di una lecita forma di "*sedazione palliativa***".** Approfondiamone ancor meglio le motivazioni.

2.1 L'atto medico della sedazione palliativa profonda e le derive eutanasiche.

La sedazione palliativa consiste nella intenzionale somministrazione di farmaci per ridurre il livello di coscienza del paziente fino al possibile annullamento della stessa, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici, altrimenti intollerabili.

La somministrazione della **sedazione palliativa** può effettuarsi in due diverse modalità: ***moderata/superficiale***, quando non annulla completamente la coscienza; ***profonda***, quando arriva all'annullamento della coscienza.
La sedazione palliativa profonda non procurerebbe né accelererebbe la morte, a differenza della sedazione profonda irreversibile (non palliativa).

Pertanto, il medico, a seguito della sospensione dei mezzi di sostegno vitale (come nutrizione e idratazione), praticando la **sedazione palliativa profonda** ed arrivando ad annullare, attraverso di essa, la coscienza del paziente (pur senza procurarne o accelerarne la morte) collaborerebbe sempre **attivamente**, con un atto medico a tutti gli effetti, alla realizzazione della volontà del paziente di lasciarsi morire, ottemperando così alla norma di legge che vieta l'abbandono terapeutico di tali pazienti e garantisce il ricorso ai trattamenti palliativi (art. 1, comma 6).

Se diamo per acquisito che la sedazione palliativa profonda, correttamente praticata, non procura nè accelera la morte del paziente (salvo evidenze diverse derivanti da ulteriori studi), ne deriva che essa non sarebbe in grado di evitare al paziente, dopo la sospensione della nutrizione e dell'idratazione, un'agonia anche di diversi giorni prima che sopraggiunga

[3] Cfr. Documento del Comitato Nazionale per la Bioetica *"L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente"*: **"la sospensione di nutrizione e idratazione va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico, ma piuttosto come una forma particolarmente crudele di abbandono del malato".**

la morte “per fame e per sete”; nè sarebbe in grado, secondo le ultime acquisizioni scientifiche, di controllare sempre in modo efficace e adeguato i sintomi refrattari e, quindi, anche l’atroce sofferenza del paziente privato di cibo e di liquidi.

Non è difficile, pertanto, prevedere che medici e infermieri “creativi” e compiacenti possano facilmente prestarsi a somministrare al paziente una sedazione profonda più spinta, ossia una **sedazione profonda irreversibile che procuri la morte dell’ammalato** (visti i confini molto labili tra le due procedure), indotti a ciò anche dallo stato clinico dei paziente (lenta agonia in grave disidratazione) o magari pressati dai parenti o dal fiduciario del paziente, essendo, peraltro, tutelati dalla stessa norma di legge, che esenta il medico da responsabilità civile o penale nel rispettare le volontà del paziente stesso (art. 1, comma 7). Chi controllerebbe la correttezza delle procedure di sedazione nella somministrazione dei farmaci? Forse i parenti o il fiduciario del paziente? Essi non ne avrebbero né la facoltà né tantomeno l’interesse. Che anzi, nessun paziente o famigliare o fiduciario del paziente accetterebbe, dopo la sospensione dei mezzi di sostegno vitale (a maggior ragione se si trattasse del distacco di un respiratore), una lunga agonia, che solo la *sedazione profonda irreversibile* può evitare, procurando o accelerando la morte del paziente, attraverso cioè una pratica eutanasica a tutti gli effetti.

In tal modo, la **pratica eutanasica** verrebbe introdotta nella prassi clinica in modo surrettizio, senza mai essere “normata” né tantomeno nominata, sia in forma **passiva** (attraverso la sospensione dei mezzi di sostegno vitale) sia in forma **attiva** sotto le mentite spoglie di una lecita forma di “sedazione palliativa”; procedura, quest’ultima, che si renderebbe paradossalmente “necessaria” da parte del medico per evitare, a norma di legge, l’abbandono terapeutico del paziente e sottrarlo alle atroci sofferenze di una morte liberamente scelta, tutt’altro che dolce.

In tal caso la stessa medicina palliativa verrebbe adulterata nella sua essenza più profonda e nelle sue autentiche finalità, per essere utilizzata strumentalmente non più come un mezzo per il sollievo della sofferenza, bensì a fini eutanasici, per procurare o anticipare la morte degli ammalati. Questo costituisce un grave rischio per l’intero sistema sanitario nazionale, quale prevedibile deriva della proposta di legge in esame, evidenziato di recente dalla presa di posizione di numerosi membri della Società Italiana di Cure Palliative (SICP).

2.*2 Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT).*

La proposta di legge in esame prevede, inoltre, all’art. 3 comma 1, che “*ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autode-terminarsi”*, possa, attraverso le **disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**, esprimere il consenso o il rifiuto a qualunque trattamento sanitario, “**comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali”**. **Il medico è tenuto al rispetto delle DAT** (art. 3, comma 5), fermo restando quanto previsto dal comma 7 dell’art. 1 (“il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali”). La persona che sottoscrive le DAT indica poi un **fiduciario**, che ne fa le veci e la rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Relativamente alle DAT, **nel caso di conflitto tra il fiduciario indicato dal paziente ed il medico è previsto il ricorso al giudice tutelare.**

Come è facile notare, **anche per le DAT** la normativa ripropone le stesse contraddizioni, ambiguità e derive eutanasiche già evidenziate relativamente al rifiuto del sostegno vitale da parte dei pazienti capaci di autodeterminarsi **(**di cui all'art. 1), con risvolti, peraltro, ancora più inquietanti.

Infatti, **in caso di conflitto tra medico e fiduciario del paziente,la vita e la morte dell'ammalato verrebbero rimesse alla decisione di un giudice**. Tali casi potrebbero moltiplicarsi a dismisura e la drammaticità degli esiti starebbe soprattutto nel fatto che la decisione del giudice potrebbe non coincidere con la decisione del paziente se quest'ultimo avesse la possibilità di esprimere le proprie volontà in un contesto attuale, certamente diverso (sul piano clinico, psicologico, umano e sociale) da quello ipotizzato al momento della sottoscrizione delle DAT (magari anche con mutate convinzioni personali in merito al senso della propria esistenza nello stato specifico di sofferenza).

Pertanto, in merito alle DAT, la proposta di legge in esame rappresenterebbe, paradossalmente, un'arma a doppio taglio, un vero cappio al collo per l'ammalato stesso, il quale rimarrebbe ingabbiato nell'automatismo di una rigida procedura di esecuzione delle proprie volontà non attuali, che ne decreterebbe la morte nonostante tutto e tutti.

E' per questo che, fino ad oggi, nei limitati casi di conflitto medico-tutore o medico-fiduciario del paziente (d'altronde, solo il medico può valutare ciò che è realmente appropriato per la salute dell'ammalato in rapporto alle sue esigenze cliniche) si è sempre dato spazio al *favor vitae* e alla tutela della salute dell'individuo, come norma di buona pratica clinica, etico-deontologica e di riferimento costituzionale (artt. 2 e 32 della Costituzione); una tutela costituzionale dei diritti inviolabili dell'uomo (a partire dal diritto alla vita, presupposto per la sussistenza di ogni altro diritto), a cui, peraltro, la stessa proposta di legge inizialmente si richiama (art. 1, comma 1), ma che poi contraddice in modo stridente **consentendo all'ammalato, in qualunque stato o condizione di malattia si trovi (anche in fase non terminale), il "diritto" a lasciarsi morire, rifiutando i mezzi di sostegno vitale.** La stessa stridente contraddizione tra il dovere di tutelare la vita umana ed il diritto a poterla sopprimere si riscontra nell'articolato della legge 194/78 sull'aborto.

La proposta di legge, infine, disciplina le norme relative al consenso informato e al rifiuto dei trattamenti sanitari di minori, persone interdette e inabilitate, che evidenziano le stesse problematiche sopra illustrate.

3. Il "diritto a morire".

Con l'approvazione della proposta di legge in esame, i casi rifiuto dei mezzi di sostegno vitale, al momento assai limitati, molto verosimilmente si moltiplicherebbero a dismisura nei nostri contesti sanitari, in virtù, oltretutto, di quanto si legge al comma 10 dell'art. 1

della stessa pdl, e precisamente: "*ogni azienda sanitaria pubblica o privata* garantisce *con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei princìpi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti* e ***l'adeguata formazione del personale"***.

Gli scenari che, dunque, si profilerebbero in ambito sanitario (pubblico e privato) sono sconcertanti. I medici verrebbero privati del diritto costituzionale all'obiezione di coscienza ed il sistema sanitario nazionale si trasformerebbe in una organizzazione dello Stato finalizzata non più unicamente alla cura e all'assistenza degli ammalati, ma anche alla realizzazione pratica, omissiva ed attiva (in forma medicalizzata) dei loro desideri di lasciarsi morire, a prescindere dallo stato o condizione di malattia in cui possano trovarsi; **desideri di morte che potranno poi estendersi, come già sta avvenendo in altri Stati, alle più disparate condizioni esistenziali.**

Per il rispetto delle libere scelte e dei desideri del paziente, a cui i sanitari verrebbero vincolati dalla legge dello Stato, l'aiuto al suicidio (depenalizzato) si trasformerebbe in una lecita prassi medica in tutto il sistema sanitario nazionale, contro la legislazione vigente ed ogni norma etico-deontologica e di buona pratica clinico-assistenziale, rispettosa del dato scientifico, della vita umana e della dignità autentica della persona.

Pertanto, la proposta di legge in esame, volendo rendere lecita la sospensione dei mezzi di sostegno vitale solo sulla base dei desiderata del paziente (in qualunque stato o condizione di malattia esso si trovi) e non in base alla loro appropriatezza clinica in rapporto ai reali bisogni dell'organismo (oggetto di valutazione del medico), non farebbe altro che introdurre nell'ordinamento giuridico italiano un inconcepibile "diritto a morire", contro ogni norma costituzionale e giuridica protesa a tutelare sempre la vita e la salute dell'individuo (*favor vitae e favor curae*) ed a considerare la vita umana un bene non disponibile (cfr. art. 32 Costituzione, art. 5 Codice Civile, artt. 579 e 580 Codice Penale).

Come affermato da insigni giuristi, il "diritto a morire" è un falso diritto, un diritto che non sussiste, in quanto contraddittorio in sé; base e presupposto di ogni diritto è la vita; non vi può essere autodeterminazione laddove non c'è possibilità di continuare ad esistere. E'un "diritto" non dovuto alla persona, infatti non rientra nell'elenco comunemente riconosciuto dei diritti umani.