

SENATO DELLA REPUBBLICA
COMMISSIONE IGIENE E SANITA'

AUDIZIONE INFORMALE DEL
DOTT. GIACOMO ROCCHI
CONSIGLIERE DELLA CORTE DI CASSAZIONE
COMITATO VERITA' E VITA

LUNEDI' 12 GIUGNO 2017

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA

ANALISI E COMMENTO AL PROGETTO DI LEGGE IN MATERIA DI
CONSENSO INFORMATO E DI DICHIARAZIONI ANTICIPATE NEI
TRATTAMENTI SANITARI
APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI IL 20 APRILE 2017

Abstract

La Camera dei Deputati ha approvato il disegno di legge sul consenso informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento. Il testo approvato viene analizzato dimostrandone l'ispirazione espressamente eutanasica ed evidenziando i reali obiettivi della normativa: favorire l'uccisione non consensuale di soggetti deboli ed "inutili" a prescindere dalla loro effettiva volontà di rifiutare le terapie necessarie od utili (Par. 1).

Tutta la regolamentazione è diretta a favorire scelte non consapevoli né libere degli interessati e, soprattutto, decisioni prese da terze persone: fondamentale, pertanto, è l'art. 3 del progetto che attribuisce a tutori, amministratori di sostegno e genitori di minori ogni decisione sul loro trattamento sanitario, attribuendo loro anche il potere di vietare od interrompere terapie salvavita o di disporre l'interruzione di nutrizione e idratazione, come avvenne per Eluana Englaro (par. 2).

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento, poi, sono la negazione di un consenso libero ed informato del soggetto sulle questioni relative alla propria salute, perché permettono di disporre per un futuro incerto e lontano da parte di colui che si trova in condizioni del tutto differenti da quelle rappresentate: eppure esse sono state previste come vincolanti e non soltanto orientative per i medici (par. 5).

L'analisi della disciplina del consenso informato ai trattamenti sanitari da parte del soggetto maggiorenne dimostra che il legislatore non ha alcun interesse ad una manifestazione di volontà moralmente libera e davvero consapevole, favorendo la forma scritta e la delega ad altre persone: la disciplina metterà in difficoltà tante persone in stato di debolezza, indotte a chiedersi se davvero vale la pena farsi curare. Lo Stato non esprime più vicinanza e solidarietà ai soggetti fragili, ma indica loro la via della morte per mancanza di cure (parr. 4 e 6).

Tutto il disegno è ispirato all'obiettivo di permettere la morte procurata di quante più persone possibili: il legislatore esprime palese disinteresse verso l'erogazione delle terapie migliori per i pazienti; cosicché, mentre i rifiuti delle terapie anche salvavita sono sempre vincolanti per i medici, le indicazioni dirette ad ottenere terapie migliori o prolungate non li obbligano mai.

La figura del medico esce stravolta da questa legge: il medico – come nella legge sull'aborto – è colui che esegue i voleri del paziente e non agisce se non è sicuro del foglio scritto con il consenso; per di più, i medici volenterosi saranno esposti ad azioni giudiziarie e a pressioni da parte delle Direzioni Sanitarie (Par. 7).

Soprattutto, il "buon" medico disegnato da questa legge deve essere pronto ad uccidere il paziente.

Lo stravolgimento della verità e la negazione della realtà naturale, che conducono a presentare l'uccisione del paziente come atto terapeutico non

possono che portare ad una negazione di ogni obiezione di coscienza: la norma che dovrebbe garantirla non solo riguarda solo i medici, ma non li tutela affatto, addirittura costringendoli a partecipare alle procedure eutanasiche; gravissima poi è l'espressa previsione dell'obbligatorietà per tutte le strutture sanitarie, anche private, di attuare i principi stabiliti dalla legge: tutti gli ospedali dovranno garantire la morte per eutanasia! (Par. 7.2)

Lo Stato che nega il diritto alla vita non può che avviarsi verso la strada del totalitarismo.

Indice

1. Il contenuto essenziale del progetto: la liberalizzazione dell'eutanasia, consensuale e non consensuale.
2. La legalizzazione dell'eutanasia di minori e incapaci.
 - Introduzione
 - L'articolo 3 della legge: come funziona?
 - I casi concreti di eutanasia di minori e incapaci permessi dall'art. 3.
 - Gli interventi di emergenza.
 - L'illegittimità della regolamentazione per i minori e gli incapaci.
3. La norma sull'accanimento terapeutico.
4. L'adozione integrale del principio del consenso informato.
 - Introduzione
 - L'articolo 1 della legge. Un consenso informato?
 - Un consenso libero?
 - L'operatività del principio del consenso informato.
5. Le Disposizioni anticipate di trattamento.
6. A cosa servono il consenso informato e le DAT?
7. Quale medico?
 - Introduzione
 - L'obiezione di coscienza.
8. Le ulteriori conseguenze della legge.

Premessa

Il 23 gennaio 2017 il Comitato Verità e Vita ha diffuso un mio commento al testo del progetto di legge sulle DAT che il Comitato ristretto della XII Commissione della Camera dei Deputati aveva approvato.

Il testo ha costituito la base per i lavori della Commissione, che ha approvato modifiche. Il progetto è stato poi discusso in Assemblea e la Camera dei Deputati l'ha approvato, con ulteriori modifiche, il 20 aprile 2017. Il testo è stato trasmesso al Senato della Repubblica.

Il testo che segue commenta il progetto approvato: la sua importanza è indubbia, in quanto un progetto diventa legge quando è approvato dai due rami del Parlamento; quindi siamo a metà dell'iter previsto dalla Costituzione.

Ho rivisto il testo a suo tempo redatto, mantenendo le considerazioni che ritengo ancora valide, eliminando i riferimenti non più attuali e integrando le argomentazioni.

1. Il contenuto essenziale del progetto: la liberalizzazione dell'eutanasia, consensuale e non consensuale.

Il progetto approvato dalla Camera, ancor più di quello della Commissione, spazza via ogni equilibrismo, ogni proposta di compromesso, ogni ipocrisia.

La proposta va dritto al punto: come e quando uccidere le persone, possibilmente molte persone. Rispetto al testo che la Camera dei Deputati approvò il 12 luglio 2011 (e che fu ad un passo dall'approvazione definitiva da parte del Senato) scompaiono i proclami sul riconoscimento del diritto inviolabile ed indisponibile della vita umana, sul divieto di qualunque forma di eutanasia nonché dell'omicidio del consenziente e dell'aiuto al suicidio; la natura delle dichiarazioni anticipate di trattamento viene chiarita già nel nome, diventando esse "disposizioni", quindi vincolanti; si indica chiaramente uno degli obiettivi taciuti, l'esenzione da ogni responsabilità civile e penale del medico che uccide il paziente.

Queste ipocrisie permanevano tutte nelle proposte di legge cosiddette "cattoliche", piene di affermazioni di principio destinate a trasformarsi, nelle intenzioni dei proponenti, in "paletti" della legge, che sarebbero caduti uno ad uno. In questo caso, i paletti sono caduti prima, a dimostrazione della debolezza politica (se non dell'irrilevanza) della posizione di coloro che propongono le "DAT cattoliche", palesemente isolati.

La Camera ha rafforzato l'ispirazione espressamente eutanasiica del testo fin dalla "norma-manifesto" (art. 1, comma 1): la Commissione aveva inserito il passaggio secondo cui "la presente legge ... tutela la vita e la salute dell'individuo"; l'Assemblea, non solo ha trasformato la "tutela della vita e della salute" in "tutela del diritto alla vita e del diritto alla salute", ma ha aggiunto anche la "tutela del diritto alla dignità e all'autodeterminazione".

Tutto è più chiaro: così come avviene nella legge 194 del 1978 sull'aborto, nel testo precedente si garantiva la tutela della vita e subito dopo si dettavano norme che permettevano di sopprimere le persone; ora, invece, la vita e la salute non vengono più tutelate dallo Stato, ma lo sono i relativi diritti che, se si considerano disponibili, comportano (nella logica dei proponenti) il loro esatto contrario: quindi, è tutela del diritto alla salute anche non prestare le terapie necessarie al paziente e farlo morire ...

Non solo: il termine "dignità" è la parola-chiave per giustificare l'eutanasia dei sofferenti e dei disabili; infine, il richiamo all'autodeterminazione ribadisce che, appunto, l'unico obbligo è quello di rispettare le scelte del paziente, anche se portano alla sua morte.

La parola "dignità" compare in altri passaggi della proposta: nel titolo del nuovo articolo 2, relativo a "Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole delle cure e dignità nella fase finale della vita" e nelle norme sui minori e gli incapaci; in un altro passo, relativo alla disapplicazione delle DAT da parte del

medico, si fa riferimento alle "concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita", espressione che, ancora, è un implicito richiamo al tema della dignità.

Ancora: il nuovo testo menziona ora espressamente la possibilità (*che è l'unica che davvero interessa ai proponenti*) che "il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari *necessari per la propria sopravvivenza*" (art. 1 comma 5), obbligando il medico a rispettarli; cosicché il rifiuto della nutrizione e idratazione artificiali costituisce ormai solo un'ipotesi specifica nell'ambito di un riconoscimento più ampio del diritto di morire dell'interessato.

Occorre, quindi, affermare con chiarezza che la proposta è totalmente inaccettabile e in nessun modo emendabile: la presentazione di migliaia di emendamenti si giustificherà soltanto nell'ottica di un doveroso ed apprezzabile ostruzionismo contro un testo ingiusto ed incostituzionale che speriamo verrà operato al Senato, dove la maggioranza che vuole l'approvazione di questo testo è meno solida e, quindi, potrebbe essere messa davvero in difficoltà.

Al contrario, la ricerca di un "compromesso" sarà utile soltanto ad attribuire visibilità ad alcuni parlamentari che, in cambio, sarebbero pronti a sottolineare che la legge, opportunamente ritoccata, costituirebbe "un argine a possibili futuri provvedimenti assai peggiori": è la logica del "minor male" e del "primo passo nella giusta direzione", già utilizzata in occasione dell'approvazione delle leggi sulla fecondazione artificiale e sulle unioni civili e i cui risultati sono sotto gli occhi di tutti.

Le leggi ingiuste non permettono compromessi o cedimenti: non si può legalizzare l'uccisione di un innocente solo per determinate ipotesi fingendo che la pratica omicida non sarà estesa ad altri casi, così come non è possibile ammettere solo entro certi limiti il ricorso alla fecondazione extracorporea fingendo che la pratica diventerà – in fatto e in diritto – totalmente libera.

2. La legalizzazione dell'eutanasia di minori e incapaci.

2.1. Il fulcro principale della proposta di legge – ovviamente nascosto alla generalità dei cittadini, come avviene per tutte le leggi ingiuste che, come tali, sono necessariamente menzognere – è costituito **dall'art. 3, intitolato: Minori e incapaci.**

La norma è composta di più commi.

Il primo serve solo a fare ombra a gli altri: proclamando il diritto dei minori o incapaci "alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione" nonché a ricevere "informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consona alle sue capacità" per essere messi nella condizione "di esprimere la propria volontà", enuncia principi privi di qualsiasi effetto giuridico.

Qui non siamo nemmeno all'ipocrisia, ma all'inganno: si parla di "volontà" del minore e dell'incapace, fingendo che essa sia rilevante dal punto di vista giuridico (che, cioè, possa impedire le pratiche eutanasiche), quando non è affatto così!

L'effettivo contenuto della norma si trova nel secondo, terzo e quarto comma: "2. *Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la potestà 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 nel pieno rispetto della sua dignità". Norma quasi identiche sono previste per gli interdetti (terzo comma) e per le persone sottoposte ad amministrazione di sostegno (quarto comma).

Queste previsioni legalizzano l'eutanasia non consensuale.

Ricordiamo che l'eutanasia è l'uccisione "pietosa" di una persona decisa da un'altra persona; ad essere colpiti dall'odio profondo verso la vita umana che pervade la società sono innanzitutto e primariamente i soggetti "deboli" ed "imperfetti"; essi – nella maggior parte dei casi – sono minori di età oppure possono essere interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno: quindi neonati o bambini in tenera (o meno tenera) età, persone prive di capacità di comprensione o incapaci di manifestare la propria volontà, come i soggetti che si trovano in stato vegetativo persistente, o affette da deficit intellettuale, anziani in stato di demenza progressiva, malati cronici giunti ad uno stadio avanzato della malattia.

Queste persone sono considerate inutili per la società perché non producono ricchezza economica e non lo faranno mai; sono viste come un costo che pesa sui conti pubblici e sui patrimoni familiari; la loro assistenza è gravosa, sia dal punto di vista economico che psicologico; esse danno scandalo, perché dimostrano che la vita esiste e ha un valore anche quando conosce l'handicap, la malattia anche grave, la demenza e che addirittura può essere felice pur in queste condizioni.

Nell'ideologia che propugna l'eutanasia queste persone "devono" morire, hanno il "dovere di morire" (che è teorizzato anche su base filosofica). Di conseguenza se non scelgono di farsi uccidere - perché non sono in grado di esprimersi o di manifestare una volontà valida – devono essere eliminate ugualmente sulla base della decisione di altre persone e quindi *senza* il loro consenso o addirittura *contro* il loro consenso, esplicito o implicito.

Nel mondo la grande maggioranza delle uccisioni di tali soggetti vengono decise e sono state decise così: come l'aborto è l'uccisione di un uomo che disperatamente vuole continuare a crescere, così – in Italia e nel resto del mondo – i casi come quello di Eluana Englaro si moltiplicano, dimostrando la volontà di uccidere persone che non hanno mai chiesto di morire, attribuendo ad altri – per esempio ad un tutore – il potere di ordinarne la morte sulla base dei criteri di "qualità della vita" propri di chi decide.

Ecco perché il reale nucleo della proposta è l'articolo 3: mentre viene continuamente riproposta la figura "eroica" di Piergiorgio Welby e il povero Fabiano Antoniani ha fatto da testimonial del diritto al suicidio, più concretamente il legislatore sta operando per legittimare l'uccisione di tante persone inconsapevoli e incolpevoli, vittime della "cultura dello scarto".

Tutte le proposte di legge in materia di DAT e consenso informato contengono norme sui minori e incapaci, non certo per un'esigenza di completezza legislativa, ma perché la loro uccisione è il reale obiettivo perseguito.

2.2. L'articolo 3 della legge: come funziona?

Vediamo come concretamente opera l'articolo 3 e cosa permetterà.

Chi decide dei trattamenti sanitari su minori e incapaci?

I genitori del minore, il tutore o l'amministratore di sostegno. Infatti, il minore o l'assistito (quando possono) *esprimono la volontà* rispetto alle scelte terapeutiche, ma sono genitori, tutori ed amministratori di sostegno ad *esprimere il consenso informato di cui all'art. 1.*

Dal punto di vista giuridico, la volontà espressa dal minore o dall'assistito è *inefficace*; il consenso informato, invece, è l'unico ad essere efficace.

Cosa possono decidere genitori, tutori o amministratori di sostegno?

Tutto quanto può decidere il maggiorenne capace: quindi "nessun trattamento sanitario può essere *iniziato* o *proseguito* se privo del *loro* consenso" (art. 1 comma 1).

Il quinto comma dell'articolo 1 specifica che il consenso comporta: a) la possibilità di rifiutare o accettare qualsiasi accertamento diagnostico; b) la possibilità di rifiutare o accettare qualsiasi trattamento sanitario o anche singoli atti del trattamento stesso; c) la possibilità di revocare il consenso in precedenza prestato con conseguente *diritto* all'interruzione del trattamento.

Cosa intende il legislatore per trattamento sanitario?

Come ho premesso, ormai la proposta stabilisce espressamente che **possono essere rifiutati anche trattamenti necessari alla sopravvivenza del paziente.**

Il concetto di "trattamento sanitario", comunque, è generico e ampio, tanto che comprende espressamente nutrizione ed idratazione artificiale: i genitori, i tutori e gli amministratori di sostegno potranno impedire che, nei confronti del figlio o dell'assistito, sia *iniziata* la nutrizione o idratazione artificiale, o che sia *proseguita* e hanno il diritto a farla *interrompere*; analogamente potranno fare per qualsiasi terapia e ancora prima per qualsiasi accertamento diagnostico.

Il diritto di genitori, tutori ed amministratori di sostegno riguarda anche trattamenti salvavita?

Certamente sì: è previsto espressamente e lo si comprende anche dal riferimento alla nutrizione ed idratazione artificiale; quindi riguarda anche farmaci salvavita e – sembra inevitabile ritenerlo – anche la *respirazione artificiale* e, comunque, qualsiasi pratica terapeutica che *mantiene in vita il soggetto*.

Nessuna norma dichiara inefficace il rifiuto di genitore o tutore o amministratore di sostegno quando l'omesso trattamento comporta la morte del figlio o dell'assistito.

I medici possono rifiutarsi di interrompere i trattamenti sanitari, anche salvavita, o possono intraprendere nuovi trattamenti sanitari contro o senza la volontà di genitori, tutori o amministratori?

Il nuovo testo sembra avere introdotto dei limiti (dei "paletti") alla decisione di genitori, tutori e amministratori di sostegno: essi devono "*tenere conto della volontà del minore o dell'assistito*" (quando la può esprimere) e devono manifestare il consenso o il rifiuto "*avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della*

vita del minore (o dell'interdetto) e nel pieno rispetto della sua dignità" (commi 2 e 3).

Il comma 5 prevede, inoltre, la possibilità di una decisione giudiziaria: "5. *Nel caso in cui il rappresentante legale o l'amministratore di sostegno rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale, dei parenti, del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria*".

Che efficacia hanno queste previsioni? Effettivamente la decisione del genitore o del legale rappresentante dell'incapace sembra essere soggetta ad un controllo. **Ancora una volta, la norma è ingannevole e resterà (quasi del tutto) inapplicata.**

Nell'articolo apparso sulla Nuova Bussola Quotidiana il 1 aprile scorso "sfidavo" il prof. D'Agostino, che aveva sostenuto che "il disegno di legge non è in alcun modo finalizzato a introdurre in Italia una normativa che legalizzi l'eutanasia", evidenziando il meccanismo ideato nel suo concreto operare: "Come funziona questa norma? E' semplice: il medico *non è obbligato a ricorrere al giudice tutelare* se è d'accordo con la decisione del tutore e, quindi, può semplicemente interrompere la nutrizione e idratazione all'incapace, cioè ucciderlo.

Per uccidere Eluana Englaro furono necessari la volontà del tutore di farla morire, diverse pronunce della magistratura (l'ultima quella della Corte d'appello di Milano che diede il via libera finale) e un gruppo di medici e paramedici che concordavano con la decisione di Beppino Englaro e la eseguirono.

Con questa legge, per ottenere lo stesso risultato nei confronti di altri disabili, non sarà necessaria una sentenza dei giudici: basterà un tutore (o il genitore di un minore o di un neonato) e un medico che è d'accordo con lui e che non farà alcuna opposizione; un medico che il tutore potrà scegliere (la scelta del medico curante, come è noto, è libera).

Ci saranno almeno conseguenze penali, verrebbe da dire! La legge, premurosamente, garantisce ai medici che eseguiranno la volontà dei tutori l'esenzione "da responsabilità civile o penale"; esattamente come è avvenuto per la morte procurata di Eluana Englaro".

Del resto, lo scopo cui il rappresentante legale dovrebbe ispirarsi – la tutela della salute psicofisica e della vita, nel rispetto della dignità – è volutamente generico e fa intendere che, se il mantenimento in vita del minore o dell'incapace lede la sua "dignità" (secondo il giudizio del rappresentante legale), è lecita la decisione di rifiutare terapie salvavita.

La dignità dell'essere umano, quindi, non dipende semplicemente dalla sua vita, ma dalla qualità della vita; alcune vite non sono degne di essere vissute e, quindi, devono essere spente.

Il giudice tutelare, nel caso fosse presentato ricorso, dovrebbe attenersi a questo criterio.

2.3. I casi concreti di eutanasia di minori e incapaci permessi dall'art. 3.

Scopriamo cosa permetterà la normativa.

Il primo esempio è ovviamente quello di **Eluana Englaro**: l'uccisione di quella giovane donna in stato di incoscienza fu decisa dal padre – tutore (era necessaria la nomina del padre a tutore perché la vittima era maggiorenne) che vide riconosciuto dai giudici il diritto a fare interrompere la nutrizione ed idratazione artificiale alla figlia interdetta, con conseguente morte per fame e per sete. La Corte d'appello di Milano, nel decreto che dette il via libera all'uccisione della Englaro, dispose che l'interruzione di nutrizione e idratazione fosse accompagnata da cure palliative per ridurre il disagio che la donna avrebbe provato – e che certamente provò.

Il legislatore si è ispirato a questo modello, permettendo nel futuro altre analoghe uccisioni con le stesse modalità di tanti soggetti in stato di incoscienza per decisione dei loro tutori.

La norma permette l'uccisione dei **neonati prematuri o disabili**.

Si tratta di una "categoria" di potenziali vittime dell'eutanasia su cui l'attenzione è concentrata da molti decenni: il famigerato "Protocollo di Groningen" prevede che ogni neonato (soprattutto quelli prematuri che, in ragione del loro sviluppo non completo, possono sopravvivere se adeguatamente curati con gli strumenti di rianimazione neonatale ma con la previsione di future disabilità) sia "classificato" per verificare se quante sono le probabilità di successo della rianimazione e soprattutto se la sua condizione faccia prevedere una qualità della vita, in caso di sopravvivenza, "accettabile".

In effetti, l'eliminazione dei neonati disabili è pienamente coerente con l'ideologia eutanastica: i nuovi soggetti vengono immediatamente eliminati se non corrispondono al "modello" utile alla società.

Dal punto di vista giuridico, la soluzione più "semplice" per ottenere il risultato perseguito è di far decidere i genitori – che potranno essere influenzati nella decisione rappresentando loro le scarse possibilità di successo e i futuri problemi derivanti dalla disabilità del figlio.

I genitori potranno decidere di non far intraprendere manovre di rianimazione neonatale e di far sospendere qualsiasi trattamento intensivo (incubatrici ecc.).

Sarà possibile realizzare anche il cd. **"aborto post-natale" teorizzato da Giubilini e Minerva** e che ha scandalizzato molti (ma non tutti).

Si tratta pur sempre di uccisione di neonati, ma sulla base di un ragionamento più radicale: se la legge autorizzava la donna ad abortire per le condizioni di quel bambino (ad esempio: affetto da sindrome di Down), dovrebbe essere permesso ucciderlo subito dopo la nascita, per risolvere i problemi per la sua famiglia e per la società che l'aborto avrebbe potuto evitare.

Giubilini e Minerva non spiegavano *come* i neonati dovrebbero essere uccisi: ma è nozione comune che *tutti i neonati* (e soprattutto quelli che sono affetti da malattie o disabilità), nei primi giorni di vita, necessitano di trattamenti sanitari (almeno secondo lo stato della scienza e della medicina che conosciamo nel mondo avanzato, in cui il parto avviene negli ospedali e il neonato è seguito, sottoposto ad accertamenti e alle terapie necessarie); la possibilità per i genitori di negare il

consenso per qualsiasi attività diagnostica e terapeutica permetterà la morte di questi bambini.

Sarà possibile anche **l'eutanasia di minori affetti da gravi patologie** (ad esempio: tumori). La legge risolve il possibile contrasto tra la volontà del bambino/ragazzo e quella dei genitori: anche se il primo volesse proseguire in terapie gravi o invasive (ad esempio: un ennesimo ciclo di chemioterapia, amputazioni, operazioni chirurgiche gravi), i genitori potranno negare il loro consenso e determinarne la morte.

Analogamente genitori, tutori e amministratori potranno rifiutare **le trasfusioni di sangue** (rifiutate dai Testimoni di Geova e da altre sette o Chiese) per i figli minori, per gli interdetti o gli assistiti.

In questi due casi, tuttavia, è prevedibile il ricorso al giudice tutelare da parte dei medici (come l'esperienza giudiziaria insegna).

Abbiamo già parlato degli adulti in stato cd. vegetativo; più in generale sono a rischio **tutti gli adulti (e soprattutto gli anziani) in stato di incoscienza o di demenza** e quindi sottoposti a tutela o ad amministrazione di sostegno (che magari potrebbe essere richiesta proprio con questa finalità).

I tutori e gli amministratori di sostegno potranno negare il consenso a nuove terapie od interventi da eseguire quando il paziente non è più in stato di coscienza o non è in grado di manifestare la propria volontà, o revocare il consenso a terapie in corso; ma potranno anche non autorizzare interventi diagnostici per la ricerca di patologie. Le loro disposizioni saranno vincolanti per le strutture che dovranno garantire "la piena e corretta attuazione dei principi della legge".

2.4. Gli interventi di emergenza.

Qui emerge la questione **degli interventi di emergenza**: l'art. 1 comma 7 della proposta dispone che "*Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla*". Quindi, un medico che giungerà in un luogo di un incidente o di un malore con l'autoambulanza o che si troverà in condizioni simili, potrà operare per salvare la vita del soggetto in stato di incoscienza.

Se il soggetto è cosciente e capace di esprimersi, dovrà accertare la sua volontà e, se contraria alle cure, rispettarla: si pensi alla necessità di amputazione di arto nei confronti di una persona coinvolta in un incidente stradale o in un crollo: sembra paradossale, ma il medico che la riterrà necessaria per salvare la vita della persona intrappolata non potrà procedere, lasciandola morire se rifiuterà l'intervento.

In ogni caso, cessata la fase di emergenza (ad esempio: salvata la vita del soggetto, stabilizzato il paziente e trasportato in ospedale) la questione di quali terapie intraprendere si riproporrà e, nel caso in cui il paziente sia in stato di incoscienza, sarà risolta con il ricorso alla DAT (se è stata compilata) ovvero con la

richiesta di consenso alle terapie ai rappresentanti legali che saranno all'uopo nominati e che potranno, quindi, negarlo.

Pertanto – terminata la primissima fase di rianimazione – potrà essere **pretesa la cessazione delle terapie che mantengono in vita il paziente in stato di coma**, anche se vi sono possibilità di recupero della coscienza, per impedire che egli continui a vivere seppure disabile o menomato ovvero per evitare che il coma conduca allo stato vegetativo.

2.5. L'illegittimità della regolamentazione per i minori e gli incapaci.

Per concludere, è evidente che questa parte della normativa sia clamorosamente incostituzionale.

L'articolo 1 della proposta di legge richiama "il rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione". Ebbene: non appartengono al minore e all'incapace il diritto inviolabile alla vita (garantito dall'art. 2 della Costituzione) e quello ad essere curato adeguatamente (art. 32 della Costituzione)? I minori e gli incapaci sono una categoria di soggetti inferiori, i cui diritti possono essere violati e dei quali altri adulti possono disporre a piacimento?

Certamente no: i "diritti inviolabili" spettano all'uomo in quanto tale (art. 2: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"); la salute è un "fondamentale diritto dell'individuo" (art. 32), tanto che la Repubblica "garantisce cure gratuite agli indigenti": come fa a garantire doverosamente la salute dei poveri e insieme permettere che le terapie necessarie od opportune siano negate a minorenni e ad incapaci?

La "simmetria" disegnata dal legislatore – essendo necessario il consenso del maggiorenne capace deve essere individuato qualcuno che lo presti anche per i minorenni e gli incapaci – è falsa: qui non si parla di diritti patrimoniali (vendere una casa, accettare un'eredità), ma di diritti personalissimi e indisponibili!

Quindi, se il minore e l'incapace non possono esprimere il consenso, il principio imposto dalla Costituzione è di curarlo adeguatamente anche senza il suo consenso. I genitori e i rappresentanti legali possono soltanto collaborare perché al minore e all'incapace siano prestate le terapie opportune.

3. La norma sull'accanimento terapeutico.

Nel testo approvato in Assemblea dalla Camera fa la sua comparsa il divieto di accanimento terapeutico.

L'art. 2, comma 2, prevede che "*Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili e sproporzionati*".

In realtà, il divieto di accanimento terapeutico è già previsto dalle norme deontologiche: perché inserirlo nel testo di legge? Tre risposte possibili:

a) per stabilire che, in questi casi, le richieste del paziente di essere sottoposto a cure e a trattamenti che il medico ritiene integrare una "ostinazione irragionevole" e

giudica "inutili o sproporzionati" *non vincolano il medico*. Come vedremo anche in seguito, la legge *obbliga* il medico a permettere la morte per mancanza di terapie ma *non lo obbliga mai* a rispondere a richieste di terapie provenienti dal paziente o dai suoi familiari;

b) **per intimidire i medici coscienziosi**: il divieto stabilito dalla legge permetterà al paziente che vuole morire (o ai suoi legali rappresentanti se si tratta di incapace) di promuovere una causa nei confronti del medico e della struttura in cui opera per obbligarli a cessare le cure; si concretizza l'azione giudiziaria civile che fu negata a Piergiorgio Welby (che, prima di farsi uccidere da Mario Riccio, aveva inutilmente promosso un'azione civile per ottenere l'interruzione dei trattamenti). Ora ciò sarà possibile e sarà il Giudice a valutare se il paziente si trovi o meno nelle condizioni descritte dalla norma;

c) **per permettere al medico di procedere all'eutanasia con sedazione terminale**: la norma, infatti, prosegue: "*In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente*".

4. L'adozione integrale del principio del consenso informato.

4.1. Si è accennato alla vicenda di Piergiorgio Welby; si deve ricordare che, benché il Consiglio Superiore di Sanità avesse stabilito che nei suoi confronti non era in corso nessun accanimento, che egli non era in stato terminale (cioè prossimo ad una morte imminente e inevitabile) e che i trattamenti non erano sproporzionati, Welby riuscì a farsi uccidere sulla base del diverso principio del consenso informato; Mario Riccio fu infatti prosciolto dall'accusa di omicidio del consenziente perché il Giudice ritenne che il paziente aveva validamente revocato il consenso alle terapie con la conseguenza che il medico "curante" era *obbligato* ad interromperle, anche se ciò ne avrebbe provocato la morte.

La proposta di legge adotta interamente questa visione: a parte i casi di urgenza e di accanimento terapeutico di pazienti terminali (di cui abbiamo già trattato), i trattamenti sanitari sono *vietati o permessi* a seconda che il paziente – o il suo legale rappresentante – abbia espresso il consenso o l'abbia negato o revocato.

Ma, se l'obiettivo di questa proposta di legge è permettere l'uccisione delle categorie di soggetti deboli individuate dai fautori dell'eutanasia, senza o contro il loro consenso, le norme sul consenso informato dei soggetti maggiorenni e capaci di intendere e di volere, dal punto di vista strettamente operativo, così come quelle sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, sono chiaramente *secondarie*: scritte, appunto, per i casi Welby o per ingannare coloro che si illudono che il testamento biologico permetterà loro di "morire con dignità", ignari delle esperienze in tutto il mondo che dimostrano che le volontà scritte in quelle disposizioni non vengono affatto rispettate e che i "do not resuscitate" sono semplicemente considerati dai medici una categoria da lasciare al loro destino.

Tuttavia, le norme sono attuazione dell'ideologia della disponibilità della vita umana, permettendo alle persone di disporre la propria morte in ragione delle proprie condizioni di salute o di "qualità della vita": ideologia che, inevitabilmente, porta alla

pretesa di pesare il valore o la qualità della vita delle altre persone e di decidere se e come eliminarle (attuata, come si è visto, con le norme sui minori e gli incapaci).

4.2. L'articolo 1 della legge. Un consenso informato?

In base **all'art. 1, comma 1 del progetto di legge**, "*nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero ed informato della persona interessata*".

In realtà, **la legge favorisce scelte non consapevoli**: il comma 3 dell'articolo 1 permette al paziente di "*rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni (sulle proprie condizioni di salute) ovvero indicare i familiari o una persona di fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole*".

Come si vede chiaramente, la proposta (che su questo punto è stata modificata) costruisce uno *scivolo* per facilitare – ancora una volta! – decisioni sulla salute e sulla vita del paziente adottate da terze persone. Il motivo mi pare evidente: le persone che decidono in piena consapevolezza di morire sono poche; la maggior parte di noi – per fortuna! – non sarebbe in grado, anche se nella sofferenza, di dire: "ora uccidetemi": quindi occorre favorire una decisione altrui oppure, con le DAT, una decisione inconsapevole per il futuro, senza avere davanti a sé l'evento della morte imminente.

Comunque: possiamo davvero escludere che un paziente ignaro si troverà ad avere firmato una dichiarazione con cui aveva delegato altri a ricevere informazioni sulla sua salute e a decidere per lui?

La legge facilita le decisioni di persone non consapevoli.

Una piccola modifica operata dall'Assemblea conferma questa affermazione.

Inizialmente l'art. 1, comma 5, prevedeva che "*Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere ha il diritto di rifiutare ecc.*".

Il testo approvato dalla Camera prevede, invece, che "*Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare ecc.*". Capace di agire è il maggiorenne (art. 2 codice civile).

In sostanza, la modifica ha eliminato il tema della "capacità di intendere e di volere" che, ovviamente, può mancare anche al maggiorenne anche se non interdetto (come prevede l'art. 428 codice civile, che stabilisce l'annullabilità degli atti compiuti da chi era in incapace di intendere e di volere al momento in cui è stato compiuto).

In definitiva, *qualunque sia stata la condizione psicologica in cui si trovava la persona maggiorenne che aveva rifiutato terapie salvavita*, la manifestazione del rifiuto è valida. Eppure, il turbamento derivante dalla malattia, dalla paura, dalla sofferenza può essere fortissimo e può certamente condurre a scelte inconsapevoli.

Tutto questo diventerà irrilevante: una scelta "burocratica" (conta solo l'interdizione o l'amministrazione di sostegno) che tutelerà i medici disposti ad uccidere, ma non certo i pazienti.

Sempre restando al tema della documentazione del rifiuto di terapie salvavita, emerge un problema che il legislatore si guarda bene dal risolvere: dopo avere

previsto il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza, l'art. 1 comma 5 prevede: "*Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico*".

Come viene registrata la modifica della volontà? Quando il paziente che sta morendo perché non curato in conseguenza del rifiuto, cambia idea e vuole essere salvato e curato, come farà a far valere la nuova volontà?

4.3. Un consenso libero?

Ma quando il consenso è libero? E come accertare questa libertà?

La legge non lo specifica affatto e nemmeno chiarisce se e in che modo il medico che "ha l'obbligo di rispettare la volontà del paziente" possa accertarlo. Non sarà possibile nemmeno indagare su tale libertà successivamente sulla base della documentazione scritta o filmata.

La possibilità di abusi è evidente: se il medico che rispetta la volontà del paziente "è esente da responsabilità civile e penale" (art. 1 comma 6), ciò che lo metterà al riparo da ogni preoccupazione sarà il foglio scritto firmato dal paziente: in che modo si è giunti alla firma del documento resterà ignoto.

Del resto: sarà davvero **libero** nel rifiutare le terapie l'anziano lasciato solo dai suoi parenti in una casa di riposo o in ospedale o che si sente "di peso" ai familiari?

Rendiamoci conto – sarà bene: prima o poi tutti ci passeremo! - che la comparsa all'orizzonte della possibilità di rifiutare terapie salvavita o comunque importanti e magari costose mette di per sé l'anziano o il malato cronico o grave in una situazione psicologica pesante: tutte le volte che sarà chiamato a nuove scelte terapeutiche non dovrà più soltanto chiedersi – con l'aiuto del medico – se si tratta di terapie necessarie ed utili, ma **dovrà risolvere il quesito se vale la pena** continuare a vivere e a lottare contro la malattia o l'età avanzata, interrogandosi se gli altri (i parenti, la società) ritengono la sua permanenza in vita utile o inutilmente costosa o gravosa.

Proprio quando la scienza medica ha trovato e trova rimedi e medicine nuove che curano patologie una volta incurabili, la società (e la stessa medicina) si ferma e si chiede se ne vale la pena, gravando il paziente di questa domanda!

Non si tratta – si badi bene – di domanda che viene posta ai malati ormai inguaribili e prossimi alla morte, per i quali è legittimo chiedersi – ad esempio – se un ennesimo ciclo di chemioterapia che prolungherà la vita di qualche mese sia davvero opportuno; è una domanda che viene posta **a tutti i pazienti** anche se non terminali e che potrebbe ricevere una risposta negativa dettata da una costrizione morale.

4.4. L'operatività del principio del consenso informato.

Cosa permette questa regolamentazione?

Così come avvenne con il caso Welby, quando il paziente chiederà l'interruzione delle terapie – quindi anche della respirazione artificiale – il macchinario dovrà essere spento o staccato e il paziente morirà.

Allo stesso modo potrà essere rifiutata o interrotta ogni terapia, anche salvavita.

La previsione che il consenso possa essere **revocato** (e non soltanto rifiutato prima che la terapia sia intrapresa) muta decisamente la situazione. Già oggi ognuno di noi, se è maggiorenne ed è adeguatamente informato, può rifiutare una terapia che il medico ritiene necessaria e il medico (salvo i casi di trattamenti sanitari obbligatori) non può costringermi ad assumerla e si deve astenere (si pensi, ad esempio, ad un'operazione chirurgica).

La possibilità per il paziente di revocare una terapia già in atto fa sorgere l'**obbligo di interromperla** e, quindi, crea – nella maggior parte delle situazioni – la nascita di un **obbligo giuridico di fare (cioè di uccidere)** che grava sul medico.

Premurosamente, la legge prevede (art. 2, comma 1) che *"il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38"*: quindi ti uccido (o ti lascio morire), però non ti faccio soffrire. Si tratta esattamente della prassi utilizzata da Mario Riccio nei confronti di Welby (staccò il respiratore artificiale e somministrò i medicinali opportuni perché morisse soffocando senza soffrire) e che venne prescritta dalla Corte d'appello di Milano nell'autorizzare la morte di Eluana Englaro per fame e per sete (i sanitari avrebbero dovuto usare la migliore scienza per eliminare il disagio: dovevano umidificare le mucose ma non darle da bere ...). Uno stravolgimento del senso della medicina del dolore e delle cure palliative, che diventano "serve" della decisione eutanasica.

5. Le Disposizioni anticipate di trattamento.

L'articolo 4 regola le "Disposizioni anticipate di trattamento": il mutamento del nome (da "Dichiarazioni" a "Disposizioni") vuole indicare il loro carattere vincolante nei confronti del medico.

In effetti, dice il comma 6 dell'articolo, *"fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'art. 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi dell'art. 5 comma 3"*.

Cosa significa? Il medico che applica le DAT (anche se non più attuali) è esente da responsabilità civile e penale (questo comporta il richiamo all'art. 1 comma

6); se, invece, vuole disapplicarle: a) deve avere l'accordo del fiduciario; b) rischia di essere chiamato in giudizio dallo stesso fiduciario per il suo rifiuto di applicarle (questo è il senso del richiamo all'art. 5 comma 3); c) per di più, per disattenderle, deve dimostrare che le nuove terapie, non esistenti all'epoca della redazione delle DAT, miglioreranno le condizioni di vita del paziente.

In definitiva; la legge dice chiaramente ai medici: "applica le DAT e non ti porre domande, altrimenti ne deriveranno problemi ...".

Anche per le DAT il legislatore si disinteressa del tutto della libertà effettiva di chi le effettua e, soprattutto, della sua effettiva informazione (che, per di più, è in buona parte impossibile perché si tratta di disposizioni formulate per un futuro incerto, senza che il soggetto possa davvero rendersi conto delle condizioni in cui forse si troverà); si limita a pretendere che esse siano redatte in forma scritta "*per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, oppure presso le strutture sanitarie*".

Tanto è disinteressato il legislatore delle formalità e della garanzia che esse dovrebbero dare all'interessato, da stabilire, all'art. 6, che sono validi come DAT le dichiarazioni illegittimamente depositate presso i Comuni o i notai fino a questo momento.

Anche per le DAT (come per il rifiuto di terapie salvavita) si pone il problema della loro modifica. Il meccanismo rende efficaci le DAT quando la persona che le ha redatte ha perso "la capacità di autodeterminarsi" (*espressione molto generica*); prima di tale evento, però, il soggetto può cambiare idea e modificarle "con le medesime forme" (quindi con atto pubblico, scrittura privata autenticata, consegna personale agli uffici pubblici).

Vi possono essere, però, casi di urgenza: ad esempio un evento grave in cui il soggetto è ancora in stato di coscienza ma teme di perderla entro breve termine (ad esempio, sta per essere sottoposto ad un'operazione chirurgica importante dall'esito incerto). L'art. 4 comma 6 prevede che "*Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni*".

Ecco la rappresentazione plastica del soggetto "ingabbiato" dalle DAT! In quelle condizioni egli potrebbe aver compreso solo una cosa: che vuole essere curato al meglio e mantenuto in vita; eppure, se non c'è un medico e due testimoni (quindi tre persone contemporaneamente presenti sul posto) quello che ha scritto anni prima nella totale inconsapevolezza prevarrà ed egli sarà lasciato morire (*non ci nascondiamo: il contenuto effettivo delle DAT è questo*), senza che il medico rischi alcuna conseguenza civile e penale.

Abbiamo già detto che **le DAT, o il testamento biologico, altro non sono che un inganno nei confronti delle persone** che, credendo di tutelare la propria dignità nella malattia e senza rendersi conto delle reali condizioni in cui potranno

trovarsi, daranno il via libera al loro abbandono terapeutico, così rischiando di non essere curate adeguatamente quando ciò sarà invece possibile.

Questo dimostra l'esperienza del testamento biologico nel mondo, così come dimostra l'incapacità dei fiduciari di comprendere e rispettare davvero la volontà del dichiarante.

6. A cosa servono il consenso informato e le DAT?

I due istituti servono certamente a determinare la morte anticipata del paziente in conseguenza del rifiuto di terapie o di revoca del consenso, ma non servono né a garantire al paziente *terapie migliori*, né a vincolare il medico ad eseguire determinate terapie.

Secondo l'art. 1, comma 8 della legge *"il tempo della comunicazione tra medico e paziente è da considerarsi tempo di cura"*; affermazione che forse potrà sollecitare i medici a prestare maggiore attenzione ai pazienti, ma che nasconde l'ideologia del consenso informato: il paziente viene curato anche se, in conseguenza del colloquio, viene lasciato morire per la mancata erogazione di terapie salvavita.

Le terapie sono quelle indicate dal medico, ma la legge non stabilisce alcun obbligo per il medico di indicare la migliore terapia. Cosicché, a norma del comma 2, *"è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico"*: parole assai vaghe, che in realtà comportano due effetti diversi a seconda del tipo di desiderio espresso dal paziente: **l'obbligo per il medico di non erogare o interrompere terapie; la sua discrezionalità in presenza di consenso.**

Ecco l'ulteriore illusione per i firmatari delle DAT.

Se essi sperano di costringere i medici a mantenerli in vita, curandoli al meglio e con ogni mezzo necessario, si sbagliano: nella DAT essi esprimeranno *"le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari"* (art. 4 comma 1), ma ad essere vincolanti per il medico saranno solo *"il consenso o il rifiuto rispetto a scelte terapeutiche"*, mentre saranno disattese se ritenute *"palesamente incongrue"*.

Allo stesso modo, nel rapporto tra paziente maggiorenne cosciente e medico, vige questo *"doppio binario"*, che ben si coglie dalla lettura dell'art. 1 comma 6: il medico *"è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento o di rinunciare al medesimo"*; se, invece, la volontà è favorevole alle terapie, il regime è diverso: *"Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico - assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali"*.

L'obbligo è solo per la morte, non per la vita!

7. Quale medico?

7.1. L'art. 1 comma 6 della legge, che abbiamo appena menzionato, contiene il secondo fulcro centrale del progetto, anch'esso nascosto alla generalità dei

cittadini, ma ben presente ai proponenti: **"Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenze di ciò, è esente da responsabilità civile o penale"**.

La norma è ribadita per le DAT: **"Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'art. 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT ..."** (art. 4 comma 5).

Siamo al termine del percorso che ha avuto inizio con la contestazione della figura del "medico paternalista", che decideva delle terapie da erogare o meno senza interpellare il paziente e senza nemmeno informarlo adeguatamente.

Che davvero esistessero medici così è assai dubbio: la storia ha tramandato figure luminose di medici coraggiosi ed eroici e davvero impegnati a curare adeguatamente i propri pazienti; in ogni caso del medico disegnato da questo progetto di legge non possiamo che diffidare.

L'obiettivo esplicito è: **nessuna responsabilità civile e penale!** Per raggiungere questo risultato, la legge indica una strada ben precisa al medico: "cura ed agisci solo se hai in precedenza ottenuto un consenso scritto che ti metta al riparo; altrimenti astieniti".

Quindi: fai quello che ti ordina il paziente e nient'altro.

In realtà, il "prezzo" di questa esenzione di responsabilità tanto agognata dai medici è molto più alto: **egli deve essere disposto anche ad uccidere le persone.**

Lo sappiamo: così come, secondo alcuni, "il buon medico non obietta" e quindi è disposto ad uccidere i bambini su richiesta, più in generale i modelli di "buoni medici" sono Mario Riccio e i sanitari che hanno accuratamente annotato e seguito l'agonia di Eluana Englaro, sempre ottemperando al "consenso informato" del paziente o del tutore della incapace.

Il buon medico è quello che uccide su richiesta?

Non basta; questo medico non è libero nemmeno rispetto allo Stato e alle Direzioni dell'ospedale dove lavora: l'art. 1, comma 9 del progetto stabilisce che *"ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale"*.

Quindi, di fronte a tutori che negheranno il consenso a terapie salvavita, saranno le Direzioni ospedaliere a mettere in riga i medici riottosi e, se necessario, a licenziarli quando tenteranno di continuare a curare il paziente.

7.2. L'obiezione di coscienza.

Qualche commentatore ha ravvisato nella norma che abbiamo già commentato (art. 1, comma 6, secondo periodo: *"Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrarie a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche cliniche assistenziali: a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali"*) il riconoscimento implicito dell'obiezione di coscienza per i medici di fronte a pratiche eutanasiche.

Il tema è certamente complesso e merita una trattazione ampia (nei limiti di chi scrive).

a) Una prima osservazione banale è che – se davvero la norma menzionata riconosce l'obiezione di coscienza – **l'indicazione riguarda solo i medici e non tutti i sanitari e, tanto meno, tutti i soggetti coinvolti nell'uccisione del paziente che la legge permette.**

Eppure, è evidente che anche **gli infermieri** possono essere coinvolti in pratiche eutanasiche: ad esempio, il decreto della Corte d'appello di Milano che autorizzò l'uccisione per fame e per sete di Eluana Englaro attribuì un "ruolo" proprio agli infermieri, quando prescrisse che *"in accordo con il personale medico e paramedico che attualmente assiste o verrà chiamato ad assistere Eluana, occorrerà fare in modo che l'interruzione del trattamento di alimentazione e idratazione artificiale con sondino naso – gastrico, la sospensione dell'erogazione di presidi medici collaterali (antibiotici o antinfiammatori ecc.) o di altre procedure di assistenza strumentale, avvengano, in hospice o altro luogo di ricovero confacente, ed eventualmente – se ciò sia opportuno ed indicato in fatto dalla miglior pratica della scienza medica – con perdurante somministrazione di quei soli presidi già attualmente utilizzati atti a prevenire o eliminare reazioni neuromuscolare paradosse (come sedativi o antiepilettici) e nel solo dosaggio funzionale a tale scopo, comunque con modalità tali da garantire un adeguato e dignitoso accudimento accompagnatorio della persona (ad esempio anche con umidificazione frequente delle mucose, somministrazione di sostanze idonee ad eliminare l'eventuale disagio da carenza di liquidi, cura dell'igiene del corpo e dell'abbigliamento ecc.) durante il periodo in cui la sua vita si prolungherà dopo la sospensione del trattamento ..."*.

D'altro canto, molte pratiche eutanasiche sono semplici e possono essere eseguite anche da non medici, come dimostra l'esperienza di altri Paesi.

Anche **i dirigenti degli ospedali o delle case di cura** possono essere coinvolti nella decisione e nell'attuazione della pratica eutanastica legittimata dal progetto: ancora una volta, come dimenticare che – poiché l'uccisione di Eluana Englaro non poteva essere eseguita presso l'Istituto delle Suore dove era amorosamente accudita – l'equipe che doveva attuare quanto deciso da Beppino Englaro e autorizzato dai giudici scelse una Casa di Cura che si era resa disponibile ad applicare il "protocollo" previsto? Non solo vi fu una risposta positiva da parte di quella Casa di Cura, ma evidentemente vi furono risposte negative da parte di altre strutture.

In definitiva, la norma si mostra insufficiente almeno sotto questo profilo.

b) Si deve, poi, osservare che **la legge, per come è scritta, non può riconoscere l'obiezione di coscienza.**

Ricordiamo che, in base al disegno normativo, **uccidere o far morire un paziente è trattamento sanitario**, anzi l'unico trattamento sanitario legittimo.

Di più: quando il soggetto morirà per mancata erogazione dei "trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza" (art. 1 comma 5) **egli non sarà stato ucciso.**

Dobbiamo capire a fondo la logica del legislatore che legalizza l'eutanasia che, forse, è diversa (sotto questo aspetto) di quella che legalizzò l'aborto nel 1978: mentre allora la legge non negava la realtà dell'atto abortivo – e quindi inevitabilmente riconosceva l'obiezione di coscienza dei sanitari – il legislatore odierno è passato oltre e **pretende di nascondere (a se stesso e alla generalità dei cittadini) la realtà effettiva;** che, cioè, le persone che moriranno in attuazione dei principi stabiliti dalla legge avrebbero potuto essere curate e non lo saranno state, cosicché la morte sarà conseguenza dell'omissione di terapie.

"Accettare la realtà ed attribuire alla realtà il giusto significato sono tappe necessarie per giungere a riconoscere la natura dell'atto medico, cioè il senso e il fondamento della medicina. Infatti, o la medicina è definita da un significato intrinseco che rende coerenti i gesti compiuti di fronte alla malattia, oppure la medicina non ha tale significato e, dunque, esistono solo singole azioni tecniche compiute da persone che (per pura convenzione) chiamiamo medici. Ma in questa seconda ipotesi, la medicina non esiste più, è letteralmente finita"¹.

Questo brano di Mario Palmaro fotografa bene il "medico" che il legislatore ha in mente, che non "cura" e nemmeno "uccide", ma compie solo una serie di atti; per *questo medico* l'obiezione di coscienza non ha senso. Come abbiamo detto al paragrafo precedente, il legislatore vuole che tutti i medici corrispondano a questo "modello".

Ma, come ricorda sempre Palmaro, "anche per il diritto, come per la medicina, valgono le medesime considerazioni metodologiche. Anche il Diritto può: 1. Accettare la realtà; 2. Interrogarsi sul senso di questa realtà. 3. Rifiutare la realtà e truccare le carte. 4. Riconoscere la natura dell'atto medico (cioè, riconoscere un senso ed un fondamento dell'atto medico. (...) Il Diritto è «giusto» quando si smarca da qualunque tentazione ideologica e prende in considerazione la realtà come veramente è". Ma "ovviamente, il Diritto può scegliere di rifiutare la realtà e di truccare le carte, usando la norma come paravento dietro al quale nascondere la verità".

Ecco l'operazione che viene compiuta da questo progetto: la realtà viene nascosta, perché le carte vengono truccate.

Questo è il reale significato della previsione secondo cui il medico che rispetta la volontà del paziente di rifiutare o rinunciare al trattamento sanitario salvavita "è esente da responsabilità civile o penale": non si tratta di una "scriminante", che rende legittima una condotta che costituirebbe reato e illecito civile per il caso specifico; si tratta, piuttosto, di un restringimento dell'ipotesi di reato, per cui **l'uccisione di una persona da parte di un medico che rispetta il suo rifiuto del trattamento non costituisce omicidio.**

¹ Mario Palmaro, *Eutanasia: diritto o delitto?*, Giappichelli, Torino, 2012, 64 e ss.

Mario Riccio e l'equipe che ha determinato la morte di Eluana Englaro sono stati prosciolti dall'accusa di omicidio in forza di scriminanti: adempimento del dovere per il primo, esercizio del diritto per i componenti della seconda.

I medici e i sanitari che, in futuro, opereranno con le stesse modalità *non saranno nemmeno indagati per omicidio*, perché, appunto, la morte dei loro pazienti *non potrà essere considerata una "uccisione" dei pazienti stessi* (anche se, in natura, lo sarà).

Lo Stato che approva leggi che prescindono dalla realtà naturale delle cose e pretendono di ridisegnarla è inevitabilmente intollerante nei confronti di chi tale realtà naturale riconosce e richiama: riconoscere espressamente l'obiezione di coscienza sarebbe per il Parlamento ammettere che, anche se truccando le carte, le norme ammettono l'uccisione volontaria di pazienti.

c) Il problema dell'obiezione di coscienza, tuttavia, è reso ancora più complesso dalla **diversa natura degli atti** che determinano la morte del paziente.

In effetti, come insegna l'esperienza e come si ricava dal testo che abbiamo commentato, in conseguenza del rifiuto del paziente o dei rappresentanti legali dell'incapace o del minore, **il medico (o il sanitario) sarà obbligato talvolta ad un comportamento positivo, altre volte ad un comportamento negativo**, avendo davanti a sé l'obbligo di astenersi dall'erogare trattamenti salvavita.

Nell'obiezione di coscienza all'aborto è sempre presupposta una condotta positiva che il sanitario si rifiuta di compiere osservando il divieto imposto dalla sua coscienza; di conseguenza il ragionamento è lineare: la legge deve permettergli (come fa l'art. 9 della legge 194 del 1978) di non compiere quella azione.

Invece, la proposta di legge contempla più ipotesi: il divieto di *iniziare* un trattamento sanitario, il divieto di *proseguire* il trattamento (art. 1, comma 1) e l'obbligo di *interrompere* il trattamento a seguito della revoca del consenso prestato (art. 1, comma 5).

Facciamo qualche ipotesi per comprendere meglio la problematica².

a) *Divieto di iniziare un trattamento*. In conseguenza del rifiuto dei genitori di trattamenti nei confronti del neonato disabile, sorge il divieto di porlo nell'incubatrice ed attivare tutte le tecniche di rianimazione neonatale; se il paziente malato di tumore o i genitori di un minore rifiutano l'ennesimo ciclo di chemioterapia, i medici non possono erogarlo; se una persona rifiuta un intervento chirurgico che potrebbe salvarle la vita, i medici non possono procedere³; se il soggetto (o il suo rappresentante legale) rifiuta l'attivazione della nutrizione artificiale (la PEG presuppone un piccolo intervento) o della ventilazione artificiale (che richiede l'inserimento di una cannula, eventualmente mediante tracheotomia), i medici non potranno attivarle.

² Mi scuso in anticipo delle imprecisioni cui posso incorrere quanto alle tematiche mediche.

³ Anni fa emerse il caso di una donna che rifiutò l'amputazione di un arto colpito da cancrena e che morì uccisa da quella malattia.

b) *Divieto di proseguire un trattamento*. Il caso di Eluana Englaro, nell'ottica del legislatore (che considera la nutrizione o idratazione artificiale trattamento sanitario) integra questa ipotesi, perché nei confronti della stessa non venne proseguito il "trattamento", determinandone la morte; casi simili possono essere ipotizzati per l'interruzione di una terapia farmacologica costante.

c) *Obbligo di interrompere il trattamento*. Il caso Welby è esemplare: egli aveva dato il consenso all'inizio della ventilazione artificiale, che proseguiva da tempo. La revoca del consenso a tale trattamento permise a Mario Riccio di spegnere il macchinario e provocarne la morte, resa meno dolorosa dalle ulteriori pratiche che mise in atto.

d) Quando **la legge indica un obbligo positivo** (appuntamento: comportarsi come Mario Riccio), non è difficile affermare che nessuno può essere obbligato ad uccidere un uomo, equiparando quindi – e nella realtà naturale l'equiparazione è esatta – la posizione dell'interessato a quella del medico che dovrebbe essere obbligato ad eseguire un aborto o a quella del dipendente pubblico che dovrebbe essere obbligato ad eseguire una condanna a morte.

Se, invece, **l'obbligo è quello di astenersi da determinate condotte**, il quadro è meno chiaro.

Nel documento "Obiezione di coscienza e bioetica" del 12 luglio 2012⁴, il Comitato Nazionale di Bioetica, osservando che "La sfida del riconoscimento giuridico dell'obiezione di coscienza consiste proprio nell'evitare di incrinare il principio di legalità e nel far convivere la legittimità dell'obiezione, specialmente quando inerisce a valori costituzionali fondamentali, con la tutela di chi è titolare di diritti legalmente previsti", argomentava: "Invero, **solitamente si fa riferimento all'obiezione di coscienza relativa a un obbligo di fare**, la quale implica un'astensione da parte dell'obiettore, ma vi è anche chi prospetta **l'ammissibilità dell'obiezione di coscienza all'obbligo di non fare**, la quale implica un comportamento commissivo dell'obiettore e quindi la realizzazione del fatto eventualmente vietato dalla legge. Mentre l'astensione permette che altri possa sostituirsi all'obiettore e fare ciò che lui non è disposto a fare, un comportamento attivo *contra legem* non dà spazio a una sostituzione che salvaguardi l'applicazione della legge stessa".

Il documento concludeva: "Ne deriva che se si vuole concepire l'obiezione di coscienza come compatibile col principio di legalità, *l'obiezione di coscienza agli obblighi di non fare deve essere esclusa* proprio perché l'inadempimento dell'obbligo coincide con la definitiva violazione del precetto legale senza possibilità di organizzare un servizio sostitutivo che permetta di salvaguardare il principio di legalità".

⁴ Reperibile in: presidenza.governo.it/bioetica/pdf/Obiezione_coscienza.pdf

Grégor Puppink⁵ distingue tra manifestazioni positive e negative della libertà di coscienza e nega una simmetria nella protezione delle due manifestazioni: "Vietare a una persona di agire secondo la sua coscienza, significa impedirgli di realizzare in tutto o in parte un "bene" che la sua coscienza raccomanda. D'altro canto, costringere qualcuno ad agire contro la sua coscienza, significa vincolarlo a commettere un "male", un'azione che la sua coscienza disapprova. In altri termini, la restrizione apportata ad una manifestazione positiva riguarda l'attuazione della convinzione, limitandola, per esempio, a certi luoghi e tempi. Al contrario, obbligare qualcuno a fare il male non influenza la realizzazione della convinzione, ma la convinzione medesima. Un bene può essere realizzato parzialmente, ma un male è sempre assoluto, anche se può essere ridotto. Il male è una questione di principio, il bene è una questione di misura" (...) "Solo una manifestazione positiva può essere oggetto di restrizioni o limitazioni, ma una manifestazione negativa (un rifiuto di agire) non può materialmente essere oggetto di restrizioni o limitazioni, mai può essere oggetto di forzatura o sanzionata".

Scendiamo ai casi pratici: le Suore che accudivano Eluana Englaro non furono moralmente responsabili della sua morte per non avere impedito che ella fosse prelevata e portata in altro luogo; un infermiere che lavorava a Villa La Quiete di Udine senza far parte dell'equipe "dedicata" alla Englaro, non fu responsabile della sua morte per non essere entrato nella sua stanza riattivando la nutrizione e idratazione artificiale; i medici che non erogano il nuovo ciclo di chemioterapia o non intraprendono l'operazione chirurgica per mancanza di consenso non sono responsabili della morte del soggetto; il medico curante di Piergiorgio Welby, che si era rifiutato di fare quello che poi Mario Riccio fece, non fu responsabile della morte procurata di Welby e così via.

e) Ecco che – secondo la mia riflessione – una legge ingiusta come quella che si sta approvando, pur rimanendo integralmente iniqua, per rispettare il diritto costituzionale all'obiezione di coscienza di tutte le persone coinvolte⁶ dovrebbe configurare la disciplina secondo queste direttive:

- garantire espressamente l'obiezione di coscienza rispetto a condotte positive che determinano la morte del paziente in conseguenza della omessa erogazione delle terapie salvavita o della loro interruzione: nessuno può essere obbligato ad uccidere un'altra persona, né a collaborare a tale uccisione.

- garantire a tutti i soggetti di non essere in alcun modo coinvolti nelle pratiche, anche omissive, che porteranno alla morte il paziente.

⁵ Grégor Puppink, *Objection de conscience et droits de l'homme*, ECLJ, Strasbourg, 2016, 59 ss. Traduzione a cura di chi scrive.

⁶ Comprendo il paradosso: una legge ingiusta può garantire dei diritti di natura inferiore a quelli che viola? L'esperienza della legge sull'aborto dimostra che può farlo (può, cioè, violare il diritto alla vita dei bambini ma garantire la libertà di coscienza dei sanitari), ma che la sua attuazione negli anni rende sempre più difficile mantenere questo paradosso, come dimostrano gli attacchi all'obiezione di coscienza garantita dalla legge 194. In effetti, la negazione del diritto alla vita degli innocenti, contraddicendo in radice la ragione stessa d'essere di uno Stato, soprattutto se democratico, lo conduce al totalitarismo.

Il modello, insomma, non può che essere quella della *sostituzione del medico e del sanitario*. Il medico di Welby venne sostituito da Mario Riccio in conseguenza del suo rifiuto ad uccidere il paziente; nessun infermiere fu costretto (per quanto so) a partecipare all'uccisione di Eluana Englaro e così via.

L'ultimo atto che il medico rispettoso della sua coscienza potrà essere obbligato a fare sarà ciò che è descritto dall'art. 1, comma 5: "*Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di una tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi di servizi di assistenza psicologica*".

Ma se l'opera di convincimento non avrà successo il medico dovrà avere il diritto (anche se non l'obbligo) di allontanarsi da colui che in un modo o nell'altro verrà ucciso e di tenersi distante da azioni od omissioni che la sua coscienza riprova e che negano l'essenza dell'arte medica.

Certo: non potrà più intervenire per salvare la vita del paziente; non potrà boicottare le azioni (od omissioni) in corso che lo stanno portando ad una morte procurata (a meno che non sia possibile promuovere azioni giudiziarie); ma sarà interamente garantito nella sua libertà di coscienza⁷.

f) La disciplina adottata dal progetto è decisamente ingiusta anche sotto questo profilo.

Si è già detto che **la norma non garantisce i non medici**: quindi costringerebbe, ad esempio, gli infermieri ad assistere il medico che interrompe la ventilazione artificiale del paziente o a compiere quelle azioni descritte nel decreto della Corte d'appello di Milano per "assistere" la persona che sta morendo di sete.

Inoltre la norma, anche per i medici, è contraddittoria: quali sono i trattamenti sanitari "contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche-assistenziali" che il medico avrebbe diritto di rifiutare, se la stessa legge permette la sospensione di qualunque trattamento sanitario, anche se salvavita? Per la legge "buona pratica clinica- assistenziale" è lasciar morire un paziente che lo ha chiesto!

Non vi è dubbio che l'art. 17 del Codice deontologico dei medici prescrive che "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte", ma è curioso che una legge dello Stato si richiami ad una regolamentazione professionale che, fra l'altro, può essere cambiata⁸: quindi la norma non garantisce affatto il medico.

⁷ Si ricordi che quanto scrivo non riguarda il caso tutto diverso dell'assistenza ai morenti, del divieto di accanimento terapeutico, dell'esperienza degli hospice: campo in cui la morte è imminente e inevitabile a prescindere da una decisione del paziente e il ruolo dei sanitari è quella di garantire al meglio – omettendo ogni terapia o accertamento inutile e erogando terapie contro il dolore e palliative – l'ultimo periodo di vita del morente.

⁸ Ricordiamo che il Codice Deontologico è stato oggetto di modifiche di evidente tenore politico-ideologico, dirette a ridurre l'autonomia del medico; ricordiamo ancora che Mario Riccio non ebbe alcuna sanzione disciplinare benché la sua condotta professionale *oggettivamente* corrispondesse a quanto descritto dall'art. 17.

Non basta: l'art. 2, comma 1 del progetto, che abbiamo già menzionato, afferma che "*il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico*". Quindi, il medico *deve* continuare ad operare per il paziente anche se ha il *divieto* di curarlo!

Applichiamo questa regolamentazione al caso Englaro: i medici non potranno più nutrire e idratare la paziente, ma *dovranno* provvedere a tutte le pratiche dirette a ridurne il "disagio"; anche i medici "obiettivi", quindi, saranno "inseriti" nelle procedure eutanasiche e non potranno tenersene lontani.

Infine è palesemente iniqua la previsione secondo cui "*Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale*" (art. 1 comma 9).

La norma dimostra l'ideologia (anzi: l'odio ideologico) che muove il legislatore del 2017: nel 1978 il Parlamento, nel legalizzare l'aborto, prevede che gli interventi potessero essere effettuati presso ospedali e case di cura private, *sempre che essi ne facessero richiesta* (art. 8, commi 2 e 3 legge 194 del 1978); ora, invece, si stabilisce che nessun ospedale può sottrarsi alle uccisioni permesse dalla legge: proprio perché, come si è detto, esse non devono essere considerate uccisioni, ma trattamenti sanitari, anzi: *i migliori e gli unici possibili trattamenti sanitari*. Non deve più succedere come è avvenuto per Eluana Englaro!

La previsione, comunque, coinvolge **il tema dell'obiezione di coscienza dei dirigenti delle strutture**, che dovrebbero costringere i sanitari a procedere all'eutanasia o a eseguire gli ordini derivanti dalle DAT e addirittura assumere medici *ad hoc* per gli atti che i loro colleghi si rifiuteranno di porre in essere: tutti comportamenti positivi e non omissivi; viene da chiedersi se la "formazione del personale" dovrà comprendere anche le tecniche per far morire per soffocamento il paziente senza farlo soffrire ...

In definitiva, la regolamentazione è palesemente iniqua e illegittima costituzionalmente.

8. Le ulteriori conseguenze della legge.

Se venisse approvata una legislazione come quella commentata, quali sarebbero le evoluzioni prevedibili?

L'esperienza di tanti paesi è eloquente.

In primo luogo potrebbe affermarsi il principio (o la prassi) secondo cui l'uccidere mediante interruzione delle terapie non sia un atto esclusivamente riservato al medico, ben potendo eseguirlo anche un infermiere: si ricordi che gli infermieri sono stati espressamente coinvolti dal decreto della Corte d'appello di Milano nell'uccisione di Eluana Englaro e, d'altro canto, alcune attività potrebbero essere semplici.

Forte sarà, poi, la spinta verso **l'uccisione diretta dei pazienti**.

Diciamolo brutalmente: invece di riservarle tre giorni di agonia, non sarebbe stata una soluzione migliore per Eluana Englaro una iniezione letale?

Non c'è dubbio che, dal punto di vista normativo, sarebbe difficile giungere a questo punto: la presenza di medici e il divieto di eutanasia attiva sono funzionali alla finzione che le uccisioni che saranno compiute abbiano la natura di trattamenti sanitari; una finzione che, del resto, è adottata anche per l'aborto legale (si finge che l'intervento abortivo sia eseguito per il pericolo per la salute della donna) e per la fecondazione extracorporea (non a caso definita "medicalmente assistita" dalla legge 40 del 2004, nonostante le tecniche non curino nessuna malattia e, al contrario, determinino la morte di innumerevoli embrioni).

Tuttavia la prassi potrebbe ben presto superare la realtà normativa che – secondo lo spirito odierno – dovrebbe allora adeguarsi.

Infine, è evidente che la regolamentazione svuoterà dall'interno il divieto di omicidio del consenziente e di aiuto al suicidio presenti nel codice penale, come abbiamo già osservato.

Del resto, il concetto di "salute" come "completo benessere fisiopsichico" che ben conosciamo permette di ricomprendere nell'ambito sanitario situazioni in cui la salute non entra per nulla.

Arriveremo ad una depenalizzazione di questi reati o, quanto meno, ad una riduzione delle pene edittali?

Giacomo Rocchi