

Disarmo ideologico

C'è una contraddizione in meno nel ddl sul biotestamento, ma ne restano altre. Eccole

Al direttore - Fra i limiti del disegno di legge Calabrò c'era la confusione sui potenziali destinatari della normativa. Si dichiarava che si sarebbe trattato solo dei pazienti in stato vegetativo, ma si scriveva (comma 1 dell'art. 3) che le dichiarazioni anticipate di trattamento avrebbero offerto ai cittadini la possibilità di esprimere il proprio orientamento "in previsione di un'eventuale futura perdita della propria capacità di intendere e di volere". Dunque non della condizione di Eluana, ma di quella più comune dei malati di Alzheimer. Il chiarimento di questa ambiguità - appesantita dal riferimento a dir poco bizzarro a soggetti in stato vegetativo ancora in grado di comprendere le informazioni che vengono loro fornite - era la prima delle quattro premesse di una condivisione possibile sottoscritte alcune settimane fa da circa 80 docenti di discipline filosofiche, giuridiche, mediche. Bene ha fatto l'onorevole Di Virgilio a presentare un emendamento che chiarisce questo punto. L'opinione del relatore alla Camera è che le dichiarazioni anticipate di trattamento debbano assumere rilievo nel momento in cui sia accertato che il soggetto si trova "nell'incapacità di comprendere" e non in quella forma estrema di tale incapacità che è lo stato vegetativo. Non si tratta però della correzione di una svista. Cambia piuttosto il tavolo del confronto ed emerge più chiara, in assenza di un radicale ripensamento dell'impianto del provvedimento, la contraddizione fra quel che si vuole ottenere e quel che, prevedibilmente, si otterrà.

La legge è stata pensata e costruita attorno al fortino simbolico dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali: il divieto di farne oggetto di dichiarazione è l'unico contenuto prescrittivo chiaramente esplicitato. Ma continuare a insistere su questo aspetto, in un contesto così ampliato, equivale a comportarsi come chi si ostina a cercare di evitare che una pagliuzza gli entri nell'occhio mentre una trave rischia di colpirlo sulla testa. E non è difficile vedere perché. Il Senato ha posto due soli

limiti a quel che un soggetto può dichiarare ora per allora "circa l'attivazione o non attivazione di trattamenti sanitari": quello dell'alimentazione e dell'idratazione e il divieto di pratiche riconducibili alle fattispecie dell'omicidio del consenziente (eutanasia attiva) e del suicidio assistito. Questo significa, in linea di principio, che potrà essere esplicitato il rifiuto di quei trattamenti che risultano dal punto di vista medico del tutto ordinari e proporzionati allo scopo di salvaguardare la salute e la vita del paziente, come un trattamento farmacologico per un'infezione. Nell'articolo dedicato al ruolo del medico quel che viene escluso è che possa prendere in considerazione indicazioni orientate a "cagionare" la morte del paziente, non a "lasciarlo morire" se questa era la sua volontà. Fioriranno le polemiche fra filosofi e giuristi sulla possibilità di considerare equivalenti il far morire e il lasciar morire e sull'interpretazione del secondo comma dell'art. 40 del Codice penale, che prevede che "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". Il meno che si può dire è però che potrebbe prevalere, magari con il contributo di qualche decisione dei tribunali o di qualche intervento chirurgico della Corte costituzionale, la tesi dell'analogia con la pratica consolidata del consenso informato, per la quale non si può imporre a una persona un intervento medico sul suo corpo - fosse pure il più banale - che quella persona consapevolmente non vuole. E così, paradossalmente, si scoprirebbe che il Pd di Marino e gli zelatori dell'indisponibilità della vita remano alla resa dei conti nella stessa direzione.

Ci sono tante buone ragioni per chiedere che la Camera si prenda quel tempo di approfondimento e riflessione che il Senato non ha voluto avere. Questo tempo appare necessario, in particolare, per superare le astratte contrapposizioni sul primato dell'autodeterminazione e concentrare l'attenzione sul modo, difficile, in cui essa può essere davvero rispettata nel momento in cui non può più esprimersi con piena consapevolezza e attualità. E' questo lo spazio nel quale calibrare l'inevitabile margine della "discrezionalità" del medico e del suo dialogo con le persone che hanno accompagnato e amato la vita di chi soffre.

Stefano Semplici

*professore straordinario di Etica sociale
all'Università di Roma Tor Vergata*