

EUTANASIA, UN DIBATTITO SEMPRE APERTO

di NATALIA MARINO

Non se ne parlerà mai abbastanza. Eppure nei fatti, in Italia, l'eutanasia resta un tema confinato agli addetti ai lavori e che attanaglia chi deve fare i conti con un proprio caro colpito da malattia irreversibile, spesso mantenuto in vita solo artificialmente. Così la discussione è destinata ad infiammarsi solo quando la cronaca fa luce su vicende clamorose come l'assoluzione di Elio Forzatti, l'uomo che nel 1998 irruppe nell'ospedale di Monza e staccò il respiratore che teneva in vita la moglie in coma. E in queste occasioni il confronto su motivazioni che toccano la sfera personale delle scelte etiche e delle convinzioni religiose si ritrova spesso nel vicolo cieco del muro contro muro tra chi è favorevole e chi è contrario alla "dolce morte".

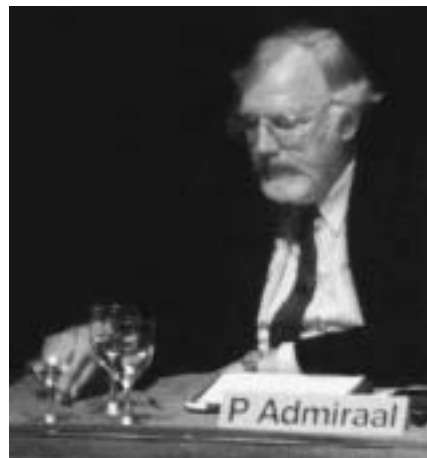
Se il diritto a concludere con dignità la propria vita pone spesso questioni irrisolvibili, il dibattito diventa ancora più difficile in presenza di norme e comportamenti che non sono ben chiari alla maggioranza dell'opinione pubblica. Il termine eutanasia è infatti diventato una parola pigliatutto che comprende problematiche e significati diversi.

Quando la medicina cominciò ad acquisire nuovi mezzi per curare e trattare il dolore, come la sintesi della morfina all'inizio dell'Ottocento e l'invenzione della siringa nel 1860, la parola «eutanasia» venne a significare, non più come nell'antichità «passaggio facile alla fine della vita», ma «aiuto al malato nel morire».

Così, seppure con approssimazione terminologica oggi si intende per eutanasia attiva l'atto praticato dal medico che, convinto dell'insopportabile sofferenza del paziente terminale, su sua esplicita richiesta, somministra un farmaco letale (ad esempio un barbiturico ad azione rapida che induce il coma e una dose elevata di cloruro di potassio,

che determina l'arresto cardiaco). Questa "anticipazione" della morte è considerata dalle persone favorevoli all'eutanasia un mezzo per morire in pace e con dignità, ma la legislazione vigente in Italia la condanna assimilandola ad un omicidio, pur in una forma meno gravosa rispetto a quello volontario (omicidio del consenziente, reclusione da 5 a 15 anni). Questa pratica è anche espressamente vietata dal codice di deontologia medica. Se invece sempre su esplicita richiesta del paziente il medico si limita a prescrivere i farmaci e a dare consigli sulle modalità di assunzione si parla di "suicidio assistito". In Italia è vietato dal codice dei medici e perseguito penalmente (aiuto o istigazione al suicidio, reclusione da 5 a 12 anni).

Di fatto sono l'Olanda e il Belgio gli unici Paesi al mondo dove la "dolce morte", per eutanasia attiva o suicidio assistito, viene riconosciuta per legge. Non legalizzata, bensì depenalizzata a particolari condizioni e rispettando rigide procedure. Secondo la legislazione de L'Aia i medici che la praticano non saranno perseguibili sul piano giudiziario in presenza di "pene insopportabili", "nessuna speranza di sopravvivenza" e d'accordo con il malato che



Pieter Admiraal, il medico che nei Paesi Bassi ha promosso la depenalizzazione dell'eutanasia.

deve aver manifestato più volte la "volontà di mettere fine alla propria vita". Il quadro di norme è applicabile a tutti i malati incurabili a partire dai 12 anni di età, ma con l'obbligo dell'autorizzazione dei genitori sino ai 16 anni. Ogni domanda d'eutanasia deve essere sottoposta al giudizio di una commissione composta da un giurista, da un medico e da uno specialista d'etica chiamati a verificare il rispetto della procedura e la necessità "etica" di agire. In sintesi, la legge olandese ha reso trasparente una zona grigia: un rapporto del 1990 calcolava i casi di morte assistita intorno ai 2.300 all'anno, numeri sostanzialmente confermati nel 1995 e nel 2000.

Il Belgio si è orientato verso una legge improntata agli stessi principi, ma ancora più liberale: il testo approvato dalla Camera il 16 maggio dopo un dibattito al calor bianco (e già passato al Senato lo scorso anno), pur applicandosi solo a chi ha compiuto 18 anni, prevede l'eutanasia anche per i malati incurabili che non hanno ancora raggiunto l'ultimo stadio, se afflitti da dolori insopportabili.

Nel panorama europeo ancora diverso il caso svizzero. Nella Confederazione Elvetica il medico può concedere il suo aiuto a pazienti terminali, ma è solo il malato a decidere quando autosomministrarsi il farmaco letale che l'operatore gli porta a domicilio. A vegliare per il tempo necessario ad accertare il decesso è un'altra persona distinta dal medico, di solito un "accompagnatore" legato ad associazioni specializzate.

Fuori dall'Europa ad intervenire sulla morte assistita sono stati in Australia i Territori del Nord, con una legge poi abrogata dal parlamento di Canberra, e negli Usa lo Stato dell'Oregon. Nel piccolo Stato del nord-ovest dell'Unione americana un referendum ha autorizzato l'eutanasia, ma il governo federale ne ha



In Olanda la "dolce morte" è legge, ma non tutti sono d'accordo.

impugnato il risultato e la questione è al vaglio di un tribunale federale. Il diritto a "morire con dignità" sta dunque diventando la nuova frontiera dei diritti umani?

«È una strada senza uscita. Queste leggi sono sbagliate e pericolose» commenta da laico Giovanni Berlinguer, medico chirurgo, docente all'Università La Sapienza di Roma e presidente onorario del Comitato nazionale di Bioetica: «Pur ritenendo che ciascuno sia libero di fare quel che vuole della propria vita, sono contrario ad affidare ai medici o a chiunque altro la somministrazione diretta della morte». Un punto di vista tra i tanti autorevolissimi che testimonia la rottura del tradizionale schieramento laici-cattolici. «Il rischio è quello di non prendersi più carico delle persone deboli, di allentare la rete di solidarietà e di creare altre discriminazioni. Oggi però la stessa tecnologia che ha prolungato la vita umana ha portato con sé una medicalizzazione eccessiva della vita e della morte, talvolta il medico si accanisce non sulla malattia, ma nei confronti del malato». Per non costringere il malato senza speranze a trattamenti straordinari, sproporzionati e ad inutili "accanimenti terapeutici" che prolungherebbero tutt'al più la sua agonia, si dovrebbe piuttosto ricorrere alla cosiddetta "eutanasia passiva" che nella comunità scientifica viene comunemente intesa come astensione

o sospensione delle cure nei malati al termine della vita per i quali la morte è rinviata soltanto dagli sforzi medici.

L'ottica di Berlinguer è condivisa anche dai cattolici, seppur con diverse sfumature che portano al rifiuto dell'eutanasia passiva: già in un documento del 1970 il Vaticano affermava che «il dovere del medico consiste piuttosto nell'adoperarsi a calmare la sofferenza, che nel prolungare più a lungo possibile, con qualunque mezzo e a qualunque condizione, una vita che va naturalmente verso la sua conclusione». Una posizione ribadita da Giovanni Paolo II che ha dedicato il *"Salvifici doloris"* all'accanimento terapeutico definendolo "pur nelle migliori intenzioni" un intervento "inutile e non pienamente rispettoso del malato".

Ma se in teoria tutti sono d'accordo nel condannare l'accanimento terapeutico, all'atto pratico è difficile tracciare una linea di demarcazione tra la fine della cura e l'inutile accanimento. Un confine sottile che fa arenare ogni confronto. Per esempio, nello stato vegetativo permanente, si respira, si suda addirittura, ma nel cervello è perduta la parte più individuale, la corteccia, quella da cui dipendono memoria e intelligenza, affetti e pensieri, tanto che alcuni studiosi parlano oggi di "morte personale".

«Il punto di partenza della discussione attuale deve essere il riconoscimento della volontà dell'individuo. Ciascuno di noi ha prima di tutto il diritto di essere aiutato a vivere e poi anche quello di disporre della propria vita. Bisogna quindi cessare le cure quando il malato lo decide. Chi non vuole più vivere, non deve più essere curato» precisa Berlinguer, aggiungendo che «questo è un principio già sancito dalla nostra Costituzione e dal 1998 recepito anche dal codice dei medici». Per garantire a tutti lo stesso diritto di esprimere la propria volontà, anche a coloro che non sono più coscienti a causa di una malattia, nei paesi anglosassoni si è messo a pun-

to il cosiddetto "testamento biologico" (living will). È una carta di autodeterminazione, scritta precedentemente allo stato di incapacità e comunque revocabile in qualsiasi momento, nella quale si comunicano le proprie scelte sui trattamenti di sostegno vitale che mirano a ritardare la morte, quali la rianimazione polmonare, la ventilazione assistita, l'alimentazione artificiale.

La "biocard" potrebbe offrire una soluzione a vicende drammatiche come quella di Eluana Englaro, la giovane che da oltre dieci anni vive nel baratro dello stato vegetativo permanente, senza nessuna speranza di riprendere conoscenza. E ormai da anni il papà di Eluana si batte perché a sua figlia vengano sospesi i trattamenti che la costringono ad una non vita. Non solo: quando era ancora cosciente la ragazza che oggi ha trent'anni aveva affermato chiaramente di non voler mai restare prigioniera di una condizione che giudicava priva di dignità. Pur mancando cifre precise si calcola che in Italia siano circa 1.500 le persone in questo stato clinico.

Le direttive anticipate sono riconosciute in molti Paesi occidentali: sono legge in Danimarca, Gran Bretagna, Canada e quasi in tutti gli Stati americani (il primo fu la California nel '76). In Italia al contrario non hanno alcun valore giuridico. La loro introduzione, già sancita dalla Convenzione di Oviedo del Consiglio d'Europa ratificata dal nostro Paese lo scorso anno, farà indubbiamente discutere: si prevede infatti che «saranno prese in considerazione le volontà precedentemente espresse se il paziente non è in grado di esprimere la sua volontà». Le direttive saranno dunque vincolanti oppure no? E chi avrà il diritto di "staccare la spina"? Domande essenziali perché l'obbligo di attenersi alle disposizioni incontra molte resistenze fra i cattolici, preoccupati che possa trasformarsi in un diktat eutanasico, e tra gli stessi medici nel timore che un vincolo così forte possa limitare la loro professionalità ed autonomia decisionale. ■