

Eutanasia e dintorni

I recenti casi di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro rendono più che mai opportuni una riflessione sulla libertà individuale, la dignità e la morte e un chiarimento sull'effettiva necessità di legiferare in materia

di Guido Stanzani

Gli interrogativi

Eutanasia: *quale il significato della parola? Quali equivoci nella prospettazioni dei media? Quali i poteri all'ombra di nobili ideologie?*

Strumenti di sostegno vitale della persona in uno stato vegetativo irreversibile: *dove la violazione etica: nel tecnologico congelamento del naturale processo biologico di morte o nella garanzia del suo libero decorso, o ripristino, in ossequio alle leggi di natura?*

Autodeterminazione della persona: *perché il ferreo divieto di imporle trattamenti terapeutici deve arrestarsi sul confine del suo stato di coscienza? Per quali ragioni, superato il confine, si dissolve il dovere di rispetto dell'autocoscienza della dignità dell'essere umano?*

Accanimento terapeutico: *perché lo stato di incoscienza è viatico al medico di una personale sua valutazione del concetto di qualità della vita? Per quale motivo il diritto di rispetto della volontà dell'individuo sul proprio percorso di fine vita deve essere consegnato a un terzo che lo valuta e lo gestisce a sua esclusiva discrezione?*

Sono questi alcuni degli interrogativi cui l'autore delle riflessioni di seguito pubblicate cerca di rispondere scevro da pregiudizi e, ancor più, da pretese di enunciare verità¹.

Legislazione Cost. 2, 3, 13, 19, 32, 40 - c.c. 404, 406, 408, 410 (l. 9 gennaio 2004, n. 6) - c.p. 54, 579.

La parola

La parola *eutanasia*, buona morte dalla lingua greca, comparve per la prima volta nel saggio *Progresso della conoscenza* di Francesco Bacone del 1605.

Il filosofo, che per primo intravide il potere che la scienza sarebbe stata in grado di attribuire all'uomo sul mondo ("*sapere è potere*"), la usò per rimarcare la naturalezza dell'inevitabile evento nell'auspicio di orientare il rovello dell'individuo verso una sua positiva e serena accettazione per temperarne l'ansia di fantasiose sopravvivenze.

Ma questo *seme di ragione* non germogliò e così per quasi quattro secoli la parola e il suo significato sono rimasti ai margini degli interessi per porsi prepotentemente al centro di un ampio dibattito dall'ultimo quarto del secolo scorso in coincidenza con la progressiva affermazione di terapie mediche idonee a prolungare la sopravvivenza *anche* dei malati terminali senza prospettive di miglioramento, meno che mai di guarigione: alimentazione, idratazione ventilazione, forzate, cure antibiotiche, dialisi, trasfusioni di sangue.

All'argomento sono stati dedicati ricerche e studi molti dei quali scientificamente apprezzabili, ma con notorietà circoscritta ai soli addetti ai lavori, e molti altri rivolti ad una informazione (formazione?) culturale di massa sovente strumentale al sostegno dell'ideologia degli autori.

I recenti casi Welby e Englaro hanno dato fuoco ulteriore alle polveri.

Tutto ciò sta avvenendo in un contesto sociale in rapida evoluzione i cui cambiamenti profondi hanno completamente dissolto il significato di origine del termine al punto che la

parola *eutanasia* viene oggi percepita, nel comune sentire, maligna nel suono e torbida nei contenuti.

Questo diffuso convincimento si radica nell'emozionale sospetto che il progresso della tecnica medica possa indurre, anche surrettiziamente, alla legittimazione di *pratiche volte a procurare la morte a un malato terminale forzando i ritmi naturali del processo biologico*.

L'ombra cupa di questo timore ha introdotto, non sempre ingenuamente, elementi di forte confusione nel dibattito ed è proprio questo che stimola la riflessione sui non pochi equivoci e sulle mistificazioni che rendono dubbia la riferibilità alla parola *eutanasia*, nell'attuale sua accezione corrente, di tutte le situazioni, nessuna esclusa, che la pubblica opinione italiana, ma anche taluni che ne parlano da esperti, danno quasi per scontato che vi rientrino.

Chi crede e chi si limita a pensare

La riflessione preliminare, che deve avere ad oggetto *l'identificazione del potere dell'individuo sulla propria vita*, impone di distinguere chi, aderendo ad una religione, in particolare monoteista come è regola nel mondo dell'Occidente, *crede* che la vita sia un *dono* proveniente dall'esterno rispetto a sé da chi, all'opposto e nei più ridotti confini della propria personale ragione, *pensa*, per dirla con Stuart Mill, che *“su se stesso, sulla sua mente e sul suo corpo l'individuo è sovrano”*.

Per i *credenti* non esiste spazio consentito all'autogestione della morte e questo, si badi bene, per tutti i componenti la collettività perché, *assumono* costoro, il *dono* che proviene dal Terzo esterno è verità e regola assoluta che anche i non credenti sono tenuti a rispettare.

Opposta la conclusione di *coloro* che, sulle tracce del pensiero kantiano, *pensano* che lo Stato non possa imporre al corpo sociale regole etiche di una sua componente per tutti quei comportamenti che sono destinati a restare circoscritti alla sfera personale dell'autore.

Questo nodo di partenza può essere esclusivamente sciolto chiedendosi se il nostro Paese si strutturi come Stato teocratico, in cui le regole civili sottostanno a quelle religiose, ovvero come Stato le cui *funzioni* vanno distinte dalle *ragioni* della Chiesa e, più in generale, di una fede, qualunque essa sia.

La domanda non può che trovare risposta nel *contratto sociale* della collettività italiana espresso dalla Costituzione del 1948 cui sono vincolati tutti i poteri dello Stato, *in primis* quello legislativo, il cui obbligo primo consiste nel fornire la più incisiva garanzia alle libere scelte di ogni suo componente – ché è questa l'essenza della *laicità* della Carta – con l'obbligo di creare le condizioni che chi esercita queste scelte debba farlo in modo responsabile col solo limite di non recare nocimento ad altri.

Donde l'espulsione, per fuorigioco istituzionale, delle pretese di imporre alla società direttive etiche di stampo teocratico, siano esse basate su Bibbia, Vangelo, Corano o qualunque altro testo sacro, destinate a restare circoscritte alla sfera comportamentale dei componenti le aggregazioni di appartenenza la garanzia dei cui diritti in tema di *fede religiosa* si esprime, ma al tempo stesso si esaurisce (dove altrimenti il rispetto di *“dignità”* e uguaglianza *“senza distinzione di religione”* prescritto dall'art. 3 della Costituzione?), nel professarla liberamente *“in qualsiasi forma, individuale o associata”*, nel *“farne propaganda”* e nell'*“esercitarne in privato o in pubblico il culto”* (art. 19 Cost.).

Persone coscienti; rifiuto di terapie e richieste di interruzione

Fatte queste premesse, si può cominciare a dissodare il terreno oggetto del percorso distinguendo le situazioni delle persone *coscienti* da quelle di coloro che *coscienti non sono* per disabilità cerebrali irreversibili.

Le situazioni delle *persone capaci* di intendere e di volere vanno scisse, a loro volta, in *due categorie* da analizzare, concettualmente, in modo separato.

La *prima categoria* trova regolamentazione nel criterio secondo cui la tutela della salute prevista dall'art. 32 della Costituzione repubblicana e l'espresso precetto secondo il quale *nessuno* può essere obbligato a un determinato *trattamento sanitario se non per disposizione di legge*, fa oggi unanimemente ritenere – la giurisprudenza è consolidata² e i codici deontologici lo affermano senza esitazioni – che la persona ha un *diritto* di assoluta e pregnanza tali *al rifiuto di terapie e cure*, anche se in ipotesi salvifiche, che l'intervento eventuale del medico che non ne rispetti la volontà, ne integra responsabilità penale portandolo a rispondere, secondo la gravità dell'azione, dei reati di violenza, lesioni e, addirittura, omicidio.

Di qui la constatazione che la morte, che eventualmente consegua alla mancata esecuzione di terapie e cure coscientemente rifiutate, è mille miglia lontana dall'attuale nozione, corrente e percipita, della parola *eutanasia*, costituendo evento che si colloca nella sfera del diritto, inviolabile, di autodeterminazione dell'individuo.

La *seconda categoria* di situazioni riguardanti le persone capaci è quella che riporta al caso di Piergiorgio Welby che, accettata in un primo momento la *terapia salvifica* della ventilazione forzata, ha *chiesto poi di interromperla* suscitando un dibattito acceso ma confuso sia sul piano generale della conoscenza che su quello specifico della coinvolta nozione di accanimento terapeutico.

La fattispecie, cui è equiparabile quella di chi abbia ripreso coscienza piena dopo che, da incosciente, sia stato sottoposto ad una terapia salvifica, è più lineare, a ben guardare, di come è stato presentato e raccontato dai media.

Vero infatti che l'ordinamento costituzionale riconosce alla persona un diritto assoluto al rifiuto di una terapia salvifica, ancorché ne derivi l'effetto morte, solo un tracciato mentale più ipocrita che irragionevole può sostenere che non si configurerebbe identico diritto di ottenere la disapplicazione della terapia da parte della persona che non sia in grado di farlo autonomamente.

Anche per il più sottile sofista è arduo spiegare, chi lo sostiene infatti non lo spiega ma lo enuncia come dogma, per qual mai ragione non dovrebbe operare, nella seconda ipotesi, il diritto di autodeterminazione rispetto alla propria salute essendo, fra l'altro, più che dubbia inconsistente, la configurabilità, per l'autore della condotta, della figura penale dell'omicidio del consenziente disciplinata dall'art. 579 del codice penale Rocco del 1932.

L'imperativo costituzionale dell'art. 32, temporalmente successivo alla norma del codice Rocco, suggerisce che il nucleo di queste condotte è stato espunto dalla disposizione penale antecedente alla Costituzione perché da questa devitalizzato attraverso la statuizione di un principio opposto di rango sovraordinato.

Un'operazione semantica analoga, per esemplificare, a quella nota che, pochi anni dopo l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana, ebbe ad oggetto lo "*sciopero*", elevato dalla cella di *delitto* nella quale era stato ristretto dal codice penale dell'epoca con una minuziosa elencazione di fattispecie criminose, al rango di *diritto* pur con l'espressa riserva della sua esercitabilità "*nell'ambito delle leggi che lo regalano*" (art. 40 Cost.); leggi che, a sessant'anni di distanza non sono ancora state varate ma che non per questo hanno impedito di ritenere, prima ancora degli interventi della Corte Costituzionale sul tema, la giuridica insignificanza di divieti e sanzioni del precedente regime.

Per non dire, ancora, che l'art. 54 del codice penale vigente (il solito codice Rocco del 1932), nel sancire la non punibilità di chi abbia commesso il fatto per l'esigenza di salvare sé o altri da un danno grave alla "*persona*", definisce la puntuale *esimente* nei confronti di colui che operi per il rispetto di quella autocoscienza dell'individuo che legittimamente esige che le modalità della propria morte siano coerenti con quella concezione di personale dignità consolidatasi nel corso della vita attraverso i suoi approfondimenti razionali e le sue esperienze emozionali; ciò che null'altro identifica se non l'*essenza* della nozione della "*persona umana*" all'obbligo del cui "*rispetto*" impone inderogabile ossequio l'ultimo comma dell'art. 32 Cost.

Sicché, così ragionando, la seconda constatazione per cui l'evento morte, che consegue alla interruzione di una terapia salvifica, per opera di un terzo ma su espressa volontà dell'interessato cosciente ma impotente a farlo, non è ragionevolmente riconducibile alla attuale nozione corrente di *eutanasia*.

Dovendosi ammettere che mai atto è più contrario al processo biologico naturale di morte di quello di praticare al malato terminale terapie di sopravvivenza artificiale, si deve consentire che la loro interruzione altro significativo effetto non produce al di là del ripristino del naturale corso del processo biologico già artificialmente congelato.

Col risultato ulteriore, per le situazioni in esame, che si *svuota* di effettive esigenze *l'ansia di interventi legislativi* a ben pensare non necessari e, contestualmente, di significato *il richiamo al concetto di accanimento terapeutico* (su cui, più approfonditamente, *infra*) il cui contenuto, individuabile nell'inopportunità, *discrezionalmente* demandata ai sanitari di insistere nel mantenimento forzato di una sopravvivenza senza speranze, si sgretola di fronte al moto volontario del capace di disporre della propria vita e delle modalità della propria morte.

Le cure palliative

Un accenno, qui giunti, alle *cure palliative* e, cioè, a quei sistemi della tecnica medica idonei ad abbassare la soglia del dolore del malato terminale.

Anche questo non è certamente un problema, perché il sanitario che si trovi di fronte al caso in cui venga interrotta la terapia salvifica in atto, non importa da chi ma in adempimento del volere del malato terminale cosciente impotente a farlo di persona, sarà tenuto a praticare la cura palliativa più idonea ad abbassare, limitare e, auspicabilmente, neutralizzare le sofferenze derivanti dall'interruzione.

È un comportamento che, imposto dai codici deontologici e avallato dalla Chiesa cattolica, troverà l'unico limite di un suo contenimento nella soglia dell'accelerazione del processo biologico naturale il cui eventuale superamento potrebbe aprire il sentiero dell'eutanasia correttamente intesa.

Gli incapaci e la ricerca della volontà; l'accanimento terapeutico: cos'è?

Le situazioni delle *persone incapaci di intendere e di volere per stati cerebrali irreversibilmente pregiudicati* non sono, a loro volta, di complicata analisi se ci si continua a far guidare dal primario principio costituzionale dell'autodeterminazione della persona.

Vanno ancora una volta distinte *due categorie* concettuali.

La *prima* è quella *di coloro che non hanno lasciato alcuna disposizione* di volontà.

Anche per costoro la soluzione è lineare perché, come ha insegnato la Cassazione con i suoi arresti a proposito del caso Englaro e, con non minore vigore logico-giuridico e sempre in punto alla stessa vicenda, l'ancor più recente sentenza del Giudice amministrativo lombardo³, svetta assoluto il diritto della persona al rispetto della sua sfera autodeterminativa che sovrasta qualsiasi interesse pubblico e che opera nei confronti di ogni terapia, comprese quelle praticate nei momenti finali della vita.

In questi casi, indiscutibilmente i più delicati, è certo che l'operazione ricostruttiva della volontà da parte del giudice (e di chi altro?) dovrà essere particolarmente accurata.

È altrettanto certo, però, che qualora l'indagine dia esito positivo tanto da pervenirsi al convincimento di autorizzare la cessazione delle terapie del c.d. sostegno vitale, per usare un'espressione in voga, in favore di chi si trovi in uno stato vegetativo irreversibile, ancora una volta non sarà dato parlare di eutanasia perché l'azione si tradurrà nel semplice ripristino del corso biologico naturale del processo di morte interrotto dai sanitari, *contro le regole di natura* e l'accertata volontà della persona, mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici.

La ragionevolezza di questa traccia riflessiva produce l'effetto di denudare quel "re", bulimicamente cresciuto attraverso un percorso di quasi un mezzo secolo, che va sotto il nome di *accanimento terapeutico*.

È la nozione che, in progressiva lievitazione nei codici deontologici medici ed in acritico recepimento da parte di una assonnata società civile, si affacciò nella disciplina varata nel 1989 quando si parlò di potere del sanitario di proseguire, per il paziente privo di coscienza, le terapie di sostegno vitale finché “*ragionevolmente utili*”; si rafforzò in quella del 1995, dove si fece riferimento alle cure indispensabili, se ritenute necessarie e urgenti, sempre a giudizio del medico, a fronte di pericolo di vita; si è consolidata, infine, in quella, vigente dal 2006, che ha sancito il legittimo potere del sanitario di dismettere le terapie di sostegno vitale qualora la loro protrazione non abbia più prevedibili esiti di miglioramento e confligga, così la formulazione dell’art. 39, con la “*qualità di vita*” e la “*dignità della persona*”; la linea di confine, in altre parole, valicata la quale “*il medico*” potrà decidere di cessare “*la terapia di sostegno vitale*” perché ritenuta, sulla base della sua personale valutazione, non più “*ragionevolmente utile*” così “*evitando (al paziente inerte e, in questa complessiva operazione, del tutto insignificante come persona) ogni forma di accanimento terapeutico*”.

Un risultato, dunque, che seppur coincide con quello di cui si è dato conto in esordio, se ne distingue, nella logica ricostruttiva, in modo che dire abissale è quasi un eufemismo; il primo prende infatti le mosse dal valore dell’autodeterminazione della persona mentre il secondo ne prescinde e completamente la ignora demandando al sanitario il potere, autoreferenziale e dall’inequivoco profumo olistico, per dirla con Karl Popper, del medioevale dominio sulle anime.

L’aver messo a fuoco, alla buonora, che l’art. 32 della Costituzione tutto questo proprio non consente quando impone che, financo “*la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”, apre il sentiero a una radicale, auspicata riflessione su sedimentate conservazioni del potere in nome del riconoscimento di diritti dell’individuo da troppo tempo sopraffatti.

Tradotto in concreto, tutto questo significa che, per la persona incosciente in stato irreversibile artificialmente costretta in vita con terapie salvifiche, il medico avrà mani libere di deciderne la cessazione così facendo venir meno, a suo arbitrio, il c.d. processo di *accanimento terapeutico*, solo ed esclusivamente nel caso residuale in cui da nulla si evincano prescrizioni volitive dell’interessato cosciente sui doverosi comportamenti da tenere nelle specifiche situazioni.

Disposizioni anticipate: perché no il sostegno?

Riflessioni diverse merita la *seconda categoria* di situazioni che sono quelle degli *incapaci irreversibili che abbiano lasciato disposizioni*, in vita e in stato di piena coscienza, volte al diniego di trattamenti salvifici praticabili dalla medicina moderna per il loro mantenimento in uno stato vegetativo.

È il problema del *testamento* detto *biologico* o, se si preferisce, delle *disposizioni per l’ipotesi di incapacità* di cui non esiste nel nostro Paese una disciplina legislativa che viene oggi invocata da più parti al punto che, già in questo esordio di legislatura, sono già stati presentati più di dieci progetti di legge.

Pur dovendosi riconoscere che è questo probabilmente il tema per cui apparirebbe più comprensibile un intervento del legislatore al fine di garantire a tutti i cittadini un trattamento uniforme che il potere giudiziario non può istituzionalmente fornire, si deve ammettere che non sarebbe indispensabile esistendo già nell’ordinamento un mezzo idoneo a fornire una soddisfacente soluzione.

È vigente in Italia, dal 2004, la legge che ha introdotto, a tutela delle persone la cui capacità di agire si sia attenuata o, addirittura, sia venuta meno, la figura del cosiddetto Amministratore di Sostegno, che viene nominato dal Giudice Tutelare col compito di assistere e, nei casi più gravi di sostituire, la persona negli atti che non è in grado di compiere.

Poiché questa legge ha espressamente previsto, fra l’altro, il diritto dell’interessato di *designare* un amministratore di gradimento *in previsione della propria eventuale futura*

incapacità, è culturalmente spuntata la censura di assunta creatività giuridica nei confronti dell'interpretazione che questo strumento ben possa essere utilizzato già oggi per dare disposizioni di diniego di trattamenti di sopravvivenza (alimentazione, idratazione e ventilazione forzate ma anche dialisi, trasfusioni, terapie antibiotiche) per le ipotesi di situazioni di incoscienza riferite ad uno stato di irreversibili danni cerebrali.

Per via dell'intervento del Giudice, il sanitario sarebbe tenuto al rispetto della volontà della persona quale espressagli dal mandatario investito del compito così dando attuazione, per l'ennesima volta, al diritto costituzionale di essa all'autodeterminazione sulla propria morte e sulle relative modalità.

Ed è il caso di sottolineare, da un lato, l'ineludibile obbligo di osservanza, nelle ipotesi, dell'ordine del Giudice e, dall'altro, l'exasperante perseguimento della riaffermazione del proprio potere della casta medica quando (art. 37 del codice deontologico 2006) pretenderebbe che, *“nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno (il medico altro obbligo non avrebbe se non quello di debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze”*.

Quasi che la nomina da parte del Giudice Tutelare dell'amministratore designato dalla persona non comportasse il conferimento a quest'ultimo di poteri al cui inderogabile ossequio il medico sarebbe tenuto ad attenersi senza possibilità di esprimere la benché minima obiezione che non sia quella di coscienza, sempre se consentitagli dalle Istituzioni.

Né sembra possa scalfire l'assolutezza del diritto autodeterminativo il rilievo che oppone il dubbio che l'interessato possa aver rivisto, nell'intimo, le precedenti disposizioni quando sopravviene l'evento fatale che lo rende incosciente essendo principio fondante di ogni ordinamento giuridico quello per cui ogni volontà negoziale resta ferma sino a sua revoca; con l'effetto che il problema resta circoscritto all'individuazione di modalità e tempi di quest'atto.

Traendo le conclusioni: anche le situazioni delle persone capaci che abbiano lasciato disposizioni per l'ipotesi di loro incapacità non necessitano di un intervento del legislatore poiché il diritto all'autodeterminazione è pieno e costituzionalmente sancito e l'ordinamento vigente fornisce uno strumento idoneo per tutelarlo e attuarlo.

Né avrebbe gran fondamento obiettare che il contenuto delle disposizioni date per l'ipotesi di incapacità potrebbe essere soltanto di natura patrimoniale dal momento che la *rivoluzione istituzionale* della legge sull'Amministrazione di Sostegno è stata proprio quella di aver portato in primo piano la persona e le sue esigenze esistenziali in antitesi dichiarata al superato, risalente regime dell'interdizione e dell'inabilitazione che privilegiavano la tutela della società, della famiglia e, su tutto, del patrimonio.

Alimentazione e idratazione forzate: c'è chi dice che sarebbero cure naturali...

Anche volendo ammettere l'opportunità di legiferare in materia di disposizioni per l'ipotesi di incapacità, preme segnalare che le linee guida che improntano gran parte dei *progetti di legge* che il Parlamento sta esaminando mortificano gli auspici di un progresso civile propriamente inteso.

Vien da fermarsi, su tutte, su due previsioni la cui eventuale approvazione strangolerebbe, per così dire, il neonato istituto nella culla.

La prima è quella che esclude che la persona possa disporre la non praticabilità, per l'ipotesi di sua incapacità, dell'alimentazione e dell'idratazione forzata non essendo configurabili come terapie perché, si dice, non introducono farmaci nell'organismo e perché, si aggiunge, non si differenzierebbero dal fornire a un neonato alimenti e bevande.

La seconda è quella che demanda al medico la facoltà di disattendere le direttive quando non le ritenga più corrispondenti a quanto l'interessato aveva previsto nel momento in cui le rese e ciò sulla base della valutazione del medico stesso circa sopravvenuti sviluppi delle conoscenze scientifiche e terapeutiche.

La prima previsione argomenta attraverso un sofisma capzioso e, comunque, falso sia sul piano formale che su quello sostanziale⁴.

Sul piano formale perché nulla è più innaturale della somministrazione, praticata da medici avvalendosi di strumenti meccanici, di cibi e bevande, confezionate in laboratorio, a un malato terminale inerte.

Su quello sostanziale perché ciò che conta non è la nozione di terapia convenzionalmente definita dai tecnici e, quindi, l'introduzione o meno di un farmaco nell'organismo, ma il fatto che si eviti la morte inserendo forzatamente sostanze idonee a prolungare la sopravvivenza contro la volontà della persona, in ipotesi e, *sempre e comunque*, in sfregio alla naturale evoluzione del percorso biologico.

La seconda previsione comporta vanificazione delle stesse direttive e, quindi, del diritto della persona all'autodeterminazione attraverso la riesumazione, e il definitivo suggello, degli antichi poteri e ruoli, paternalistici e sacerdotali, della classe medica attraverso la strumentalizzazione un percorso assolutamente illogico.

Persino banale opporre che ciò che rilevarebbe, a distanza di tempo, fra la redazione delle disposizioni e lo stato dell'arte nel momento della loro effettività, sarebbe la presenza del presupposto oggettivo rappresentato dalla malattia irreversibile in stadio terminale quale enunciato dal disponente e la cui preliminare verifica renderebbe insignificante qualsiasi evoluzione di scienza e tecnica intervenuta, nel frattempo, nell'affinamento di terapie volte a prolungare la sopravvivenza del corpo.

Tirando le fila

Giunto al termine del suo cammino, l'esploratore ha nitide nella mente due domande:

- qual è l'effettività della tanto abusata parola *eutanasia* se è certa la conclusione che nessuna delle quattro categorie delle situazioni considerate è ragionevolmente riferibile al suo significato corrente, e corretto, di accelerazione del naturale processo biologico di morte?
- sulla regolamentazione di quali situazioni sarebbe imprescindibile l'intervento del legislatore?

In un dibattito in cui emozioni e ideologie sono avvinte in una tumultuosa autoalimentazione, vien da dire che la risposta alle domande si può trovare, sempre che la riflessione si spogli da pre-giudizi, su quanto hanno fatto le legislazioni olandese e belga agli inizi del decennio in corso.

Entrambi questi ordinamenti hanno individuato la *fattispecie eutanastica* nella *situazione* della persona che, capace di intendere e di volere e affetta da sofferenze insopportabili e senza prospettive di miglioramento, chieda le venga praticato un farmaco mortale, se non in grado di autosomministrarselo, ovvero (e si parla, nell'ipotesi, di suicidio assistito) di fornirglielo in modo che possa assumerlo.

Così definita, e circoscritta, la nozione di *eutanasia*, quegli ordinamenti l'hanno regolamentata stabilendo: che la decisione deve essere obbligatoriamente assunta dal medico curante unitamente a un altro medico indipendente chiamato dal primo; che l'operato dei medici che praticano queste interruzioni di vita è sotto il costante controllo di Commissioni Ministeriali Territoriali composte da un esperto di materie giuridiche, un medico e un esperto in questioni etiche; che entrambi i medici hanno l'obbligo di redigere separatamente un rapporto attestante la morte non naturale del paziente inviandolo alla Commissione che ne valuterà l'operato; che, qualora la Commissione ritenga la "*non avvedutezza*" del comportamento dei sanitari, dovrà sottoporre il caso al Ministero della Sanità e al Pubblico Ministero che decideranno l'avvio dei procedimenti di competenza.

La dinamica di queste pratiche è visibilmente l'esatto opposto di quanto avviene in tutte le situazioni che si sono prese in esame nel corso di queste riflessioni e, in particolare, nel processo interrottivo di terapie salvifiche che, eliminando un artificiale mezzo di mantenimento in vita, restituisce al malato terminale la *dignità* di una morte *rispettosa* del *processo biologico* naturale, oltre che della *volontà* della persona.

Ma le fattispecie così riconosciute come propriamente *eutanasiche* individuano fenomeni estranei all'ordinamento italiano, ai progetti attuali delle forze politiche (a quanto è dato conoscere nessuna esclusa) e, infine e soprattutto, alla casistica che sta a base del focoso dibattito in corso; donde il serio sospetto che sia fondata la conclusione che conferma il dubbio di esordio su quanto il dibattito sia, o voglia essere, non poco fuor di bersaglio e, quel che è peggio, che bersagli situazioni di buona morte, buona soltanto.

Note

1. Queste riflessioni, pubblicate nel n. 2 del 2007 di *Bioetica Rivista Interdisciplinare*, vengono oggi ripensate e riproposte, in ossequio alla ragion critica e dopo che l'elaborato era stato scritto e pubblicato, tenendo conto del magistrale apporto successivamente fornito sugli argomenti dalla Corte di Cassazione nelle decisioni sul caso Englaro (Cass., 16 ottobre 2007, n. 21748 e Cass. S.U., 13 novembre 2008, n. 27145).

2. Cfr., da ultimo, Cass., 15 settembre 2008, n. 23676 che categoricamente definisce l'assolutezza del "*diritto di non curarsi, anche se tale condotta esponga (la persona) al rischio stesso della vita*"; ancor più di recente, Cass. S.U. pen., 18 dicembre 2008, n. 2437 che, attraverso una minuziosa ricostruzione dell'evoluzione giurisprudenziale nella materia, statuisce che "*il criterio di disciplina della relazione medico-malato è quello della libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive evolutive, secondo una totale autonomia di scelte, che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve sempre essere rispettata dal medico*". Orientamento, dunque, più che consolidato che trae origine e vigore, del resto, in ormai risalenti e altrettanto univoci insegnamenti della Corte Costituzionale quando, quasi venti anni orsono, chiarì che il bene salute è tutelato dall'art. 32, primo comma, della Costituzione, "*non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo*", che impone piena ed esaustiva tutela in quanto "*diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati*" (Corte Cost. 22 giugno 1990, n. 307, 16 ottobre 1990 n. 455, 22 ottobre 1990 n. 471 che ha sottolineato come l'inviolabilità della libertà personale espressa dall'art. 13 Cost. postula "*il potere della persona di disporre del proprio corpo*"; ancora, Corte Cost. 7 maggio 1991 n. 202 e 19 luglio 1991 n. 356).

3. TAR Lombardia, 26 gennaio 2009, n. 219.

4. Univocamente in tal senso Cass., n. 217489 cit. del 2007 e TAR Lombardia, n. 219 cit. del 2009.