

Fine vita

Il rischio mortale che ancora non si vuol vedere

GIAN LUIGI GIGLI

Lavoreremo per migliorare fino alla fine il testo del disegno di legge su consenso informato e Dat, ma non possiamo astenerci dal ripetere che quello attuale, purtroppo, non è affatto orientato all'umanizzazione delle cure. Esso, piuttosto, assolutizza e universalizza il principio di autodeterminazione.

A PAGINA 3



I nodi (anche eutanasi) irrisolti nel ddl sulle Dat

IL RISCHIO MORTALE CHE NON SI VUOL VEDERE



di Gian Luigi Gigli*

Caro direttore, se c'è una cosa che fa perdere le staffe ai sostenitori del disegno di legge su consenso informato e Dat è asserire che esso consente di introdurre surrettiziamente in Italia una normativa che legalizza l'eutanasia nella sua versione omissiva. A loro parere si tratterebbe di un processo alle (buone) intenzioni. Più volte, si è sentito ripetere che solo un medico disumano potrebbe impedire a un paziente di andare a morire a casa propria. Se così fosse, avrebbero ragione da vendere. È urgente, infatti, demedicalizzare la morte, deospedalizzandola e riportandola all'interno della comunità degli affetti, in particolare della famiglia. Per realizzare questo, però non vi era bisogno di una legge, tanto meno di una legge che ha una valenza universale, un orizzonte non limitato al malato terminale e nemmeno a quello affetto da una malattia progressiva a esito infausto. Per

un disabile, anche grave, che non corresse alcun rischio di morte per la sua malattia, decidere di sospendere idratazione e nutrizione equivarrebbe ad aver deciso di affrettare la propria morte. Se poi il disabile fosse anche mentalmente incapace e a decidere per lui e chi ne ha la legale rappresentanza, equivarrebbe a una sentenza di morte. La rinuncia a sostegni che non servono a curare la malattia, ma sono indispensabili a tenere in vita il paziente, non può essere definita altrimenti che un come scelta suicidaria, nel primo caso, o eutanasi, nel secondo. Sotto sotto, chi sostiene questa legge ritiene che l'eutanasia sia solo quella attiva, attraverso la somministrazione di un farmaco letale, negandone la versione omissiva, da sottrazione di cure, benché esse condividano la volontà di affrettare la morte del paziente. Si ribatte che nessuno può negare la personalissima libertà di suicidio. Nessuno infatti intende farlo. Ma è davvero

compito dello Stato mettere a disposizione le strutture, i mezzi e il personale per uccidersi? E diverrebbe questo un compito di tutti gli ospedali, anche di quelli cattolici? E quando la decisione fosse assunta su pazienti incapaci, sarebbe compito dello Stato affrettarne la fine, dando esecuzione alle richieste del legale rappresentante, in base a un giudizio di insufficiente qualità di vita del disabile? È da questa negazione dell'eutanasia omissiva o dell'assistenza al suicidio (che si celano dietro la sospensione dei sostegni vitali) che deriva la chiusura totale dei sostenitori dell'attuale testo di legge a riconoscere al medico almeno il diritto all'obiezione di coscienza. Un periodo aggiunto al testo in Commissione, impedisce, è vero, al paziente di richiedere trattamenti «eterodossi», ma l'espressione di una volontà di rinunciare a trattamenti «normali» è talmente vincolante per il medico che è stato necessario escludere per questi le responsabilità civili o penali

che sarebbero inevitabili in base all'attuale ordinamento. Inaccettabile anche la sottovalutazione del rischio di un consenso viziato da patologie o condizionamenti. L'idea di uno Stato che invece di farsi carico di una depressione ne asseconda le scelte suicidarie è terrificante. Così come è terrificante che, dopo aver messa enfasi sul rapporto medico-paziente, il legislatore non verifichi se la redazione delle Dat sia stata preceduta da adeguata informazione sulle conseguenze delle scelte e si preoccupi addirittura di recuperare le Dat redatte negli anni precedenti, sottoscrivendo moduli scaricati da internet. Infine, il legislatore non si è sinora preoccupato nemmeno di assicurare una

sufficiente latenza prima dell'entrata in vigore delle Dat, per evitare di mettere a rischio la vita del paziente prima che le sue condizioni si siano precisate clinicamente. Il medico che, per una fondata speranza di recupero, decidesse autonomamente di disattenderle, potrebbe poi essere oggetto di rinvase, se dalla sua decisione derivassero condizioni di disabilità permanente. Contrariamente alla propaganda, quanti si stanno opponendo in Parlamento a questo testo di legge sono convinti che un intervento legislativo in tema di fine vita sia necessario e nessuno si oppone a che il paziente consapevole

possa rifiutare le cure che riguardano la sua malattia, permettendo alla stessa di fare il suo decorso. Lavoreremo, dunque, per migliorare il testo fino alla fine, ma non possiamo astenerci dal ripetere che quello attuale, purtroppo, non è affatto orientato all'umanizzazione delle cure. Esso, piuttosto, assolutizza e universalizza il principio di autodeterminazione. Vale la pena ripeterlo non per esasperare conflittualità biogiuridiche, ma per evitare stravolgimenti della professione medica e conseguenze dannose ai pazienti più fragili e agli anziani all'insegna della più triste «cultura dello scarto».

**Neurologo, deputato, presidente del Movimento per la Vita*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

