

Su che cosa stanno dibattendo, in tema di "fine vita", i nostri legislatori?

Forse pochi italiani ne sono a conoscenza, ma dallo scorso mese di marzo il Parlamento è impegnato nella discussione per approvare la legge sulle "dichiarazioni anticipate di trattamento" (DAT), ossia su quelle dichiarazioni che ciascun cittadino potrà volontariamente rendere, ed ufficialmente far registrare con atto pubblico, indicando a quali cure mediche intende essere sottoposto, nel malaugurato caso incorra in una patologia gravemente invalidante e tale da non permettergli di comunicare con il mondo esterno.

Lungi dall'essere l'ennesima occasione di scontro tra fautori di una visione del mondo a favore della vita e propugnatori di un laicismo con chiari intenti a favore dell'eutanasia, la discussione tocca ciascuno di noi, non fosse altro che il rispetto della legge che verrà approvata riguarderà nel concreto la vita di ognuno. Grazie alla sua applicazione potremo infatti dare indicazioni ai medici (ed ai giudici) su che cosa ci aspettiamo che essi facciano perché ci venga assicurata un'adeguata assistenza, nel caso la malattia ci costringa all'immobilità ed al silenzio fino alla fine dei nostri giorni.

Che sia una legge opportuna e non più rimandabile era chiaro già dai tempi del caso Englaro. In quella occasione, ed in condizione di "vuoto legislativo", due anni fa un tribunale ha emesso una sentenza di morte per una giovane, sulla scorta di testimonianze rese dal padre e da alcuni amici, e sulla presunzione che i mutati "stili di vita" tra prima e dopo una malattia gravemente invalidante, consentivano di concludere che fosse opportuno sospendere alimentazione ed idratazione (che furono all'epoca dei fatti considerate "forme di cura" e non pratica di assistenza ad una malata grave).

Proprio sulla presunzione che la vita sia degna di essere vissuta solo se legata a determinati "stili" o adeguati "livelli qualitativi", e sulla corretta distinzione tra che cosa sia "cura" e che cosa "normale assistenza" ad un malato sta discutendo il Parlamento.

La proposta di legge recepisce un parere reso dal Comitato Nazionale di Bioetica nel 2003: in base a tale parere, la volontà presunta del malato non deve essere vincolante per il medico. Quest'ultimo può pertanto rifiutarsi di eseguire una volontà di morte espressa prima della malattia invalidante.

Da un lato, l'adozione di questa norma consente ai medici di non rendersi meri esecutori di quanto disposto dal paziente o suggerito dai suoi parenti ed amici; dall'altro pone interrogativi su questioni delicate, quali l'accanimento nella somministrazione delle cure.

Quanti si oppongono all'approvazione della legge, argomentano che se la dichiarazione di non voler essere sottoposti a determinate cure può essere disattesa dai medici, che senso avrebbe esprimerla? L'autodeterminazione del paziente verrebbe fortemente limitata, e questo renderebbe - sempre secondo gli oppositori - la legge "illiberale".

La posizione espressa dalla legge, che il mondo cattolico auspica ripetutamente venga approvata quanto prima, scontenta i fautori della "dolce morte" in due sensi: 1) proibisce al medico di eseguire la volontà di morte del malato, quando essa sia desunta da testimonianze di terzi, perché il malato - impossibilitato a riferire le sue volontà durante la malattia - potrebbe aver cambiato idea; 2) il mutamento di volontà potrebbe allo stesso modo verificarsi, anche se vengono rese le dichiarazioni anticipate di trattamento. In entrambi i casi il medico non potrebbe e non dovrebbe quindi rendersi mero esecutore della volontà precedentemente espressa dal paziente.

La legge sul fine vita, approvata nei termini attualmente proposti, permetterebbe al rapporto tra paziente e medico di rimanere impostato sull'alleanza terapeutica e sul "consenso informato" - che il medico deve prestare al paziente - su ciò che le terapie consentono in caso di malattia invalidante. Peraltro, la proposta di legge lascia aperto lo spiraglio per il ripensamento su quanto dichiarato anticipatamente, coerentemente col principio che nessun paziente si sottrarrebbe ad un intervento terapeutico reso disponibile dopo la dichiarazione anticipata e dopo il manifestarsi della malattia invalidante.

In nessun caso al paziente è lasciata la libertà di scegliere l'eutanasia, tanto meno quella passiva realizzata con la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione; gli viene invece garantito l'esercizio della libertà di decidere sui trattamenti che avrebbe a disposizione, qualora non fosse più capace di interagire con il mondo esterno.

Quello da cui non possiamo prescindere, come cristiani, è il far memoria di alcuni valori che consideriamo non negoziabili. Il primo è che la vita è un bene indisponibile, e l'uomo non può pretendere di sostituirsi a Dio nel farne ciò che vuole: nemmeno quando arriva la malattia a renderla priva di relazione col mondo.

Il secondo è che nel chiedere una legge che regolamenti l'indisponibilità della vita i cristiani non stanno conducendo una specie di "guerra santa", ma pongono una questione di "buon senso e di ragionevolezza nel modo di concepire e praticare la cura di ciascuno" (così Roberto Colombo su *Avvenire* del 15 marzo 2011): una questione che ha contenuto puramente laico, e che qualsiasi laico può comprendere, senza cedere a tentazioni eutanasiche.

Il terzo ed ultimo punto è evitare confusioni tra terapia e normale pratica di assistenza al malato grave: è il principio secondo cui "vi sono malattie inguaribili, ma non malattie incurabili" (ancora Colombo, *ibidem*). Chi si oppone alla legge sembra avere ancora in mente che dar da cibo e bevande ad una persona immobilizzata in un letto sia equiparabile alla somministrazione di un medicinale. Per noi cristiani, invece, è e resta un gesto di cordiale umanità, uno strumento per farci prossimo in una situazione di sofferenza e di enorme fragilità. Situazione alla quale non vogliamo rispondere volgendo il capo dall'altra parte, mentre il malato muore di fame e di sete.

Si tratta di punti che possono essere condivisi anche da chi non è cristiano: lo dimostra il favore con cui vengono accolti in ambiente scientifico anche dai non credenti. Indichiamo come esempio Mauro Zampolini, direttore dell'Unità cerebrolesioni gravi dell'ospedale di Foligno. Intervistato da Lucia Bellaspiga (*Avvenire* del 29 marzo 2011), il professor Zampolini, che si dichiara "di sinistra e non credente", dice a proposito dello stato di coscienza e di coloro che giungono in ospedale in stato vegetativo: "Sono persone che percepiscono quanto avviene loro intorno, ma non possono comunicarlo. [...] Elaborano e ributtano fuori le cose più semplici, ed ecco allora i famosi sorrisi o le espressioni di paura che davvero si vedono sui loro volti".

In aggiunta, il primario ricorda che persone che solo fino a cinque anni fa sarebbero morte, ora si riprendono e possono essere avviate alla riabilitazione: tema che può far riflettere sul perché sia opportuno lasciare che i medici facciano i medici, e non gli esecutori di morte. Oppure vogliamo considerare i progressi scientifici una cosa buona solo se ci offrono il metodo più "rapido ed indolore" per lasciare questo mondo?

Una volta che la scienza può spendere sé stessa in favore dell'uomo, e dimostra che i progressi fatti salvano oggi coloro che ieri sembravano irrecuperabili (e magari domani salveranno quelli che oggi sembrano inguaribili), c'è chi argomenta che un malato grave è solo una spesa per la collettività, che potrebbe essere destinata in maniera più utile ad altri servizi: scuola, sanità dei "recuperabili", trasporti, difesa.

Ma siamo sicuri che così facendo non ci incamminiamo sulla china della selezione dei più forti ed adatti contro i più deboli ed indifesi? Basterebbe leggere che cosa il regime nazista pensava in materia di "vite indegne di essere vissute" (ne parliamo in altro articolo di questo numero).

Basterebbe gettare uno sguardo preoccupato sul futuro di tante famiglie "mononucleari" che popolano il nostro Paese, e di altrettante famiglie congelate nell'inverno demografico della mancanza di figli, per capire che la questione su come affrontare la fine della vita coinvolgerà sempre più individui, che potrebbero non ricevere altra assistenza che quella dei professionisti delle strutture sanitarie. Oggi i legislatori hanno l'occasione per gettare le basi su come questi professionisti potranno e dovranno comportarsi. Oggi i legislatori possono dare delle indicazioni a favore della cura e dell'assistenza, oppure lasciare che siano altri a decidere sulla base di "prassi consolidate", o di casi precedenti, quando e come sospendere terapie o alimentazione.

Ci sia infine concessa, a conclusione di queste considerazioni, una domanda: perché mai di un problema così delicato i principali canali di informazione si occupano solo marginalmente, mentre il mondo cattolico insistentemente ne parla e ne pubblica da quando il dibattito è aperto? Si insinua, sottile, il sospetto che la cura e la tutela della persona afflitta dal male invalidante stia a cuore soltanto a questa parte della società che ha ancora una fede salda: la stessa che, sull'esempio dell'insegnamento di Cristo, permette di impiegare beni spirituali e materiali per assistere persone abbandonate da tutti e per accudire i deboli fino al momento estremo del cammino terreno: senza distinguere tra quelli che interagiscono col mondo e quelli che non possono farlo.