

10 febbraio, mattina: Eluana è morta da poche ore. Ricevo una telefonata dal *Corriere*, mi chiedono un'intervista. Mi preparo al meglio, ma poi l'intervista non esce. Vi sostenevo la mia contrarietà alle decisioni che hanno condotto a morte Eluana, riconfermando quanto già espresso altre volte ossia l'illiceità dell'interruzione di idratazione e nutrizione, e l'importanza di un atteggiamento amorevole e solidaristico verso il debole. Avanzavo poi l'invito a non deliberare in Parlamento troppo in fretta in merito alla legge sulla fine della vita, data l'enorme tensione emotiva presente: troppo delicata la materia e troppo alto il clima di scontro. Meglio nessuna legge che una cattiva legge. Aggiungevo che nel frattempo manteneva valore l'attuale codice deontologico medico e le regole dell'accompagnamento e del divieto di accanimento, nonostante il rischio di deriva aperto dal caso Englaro.

Queste considerazioni mi sono tornate alla mente dopo la votazione al Senato della legge suddetta, insieme alle argomentazioni esposte in un articolo del dicembre 2008 su *Il Foglio*, in cui chiudendo sostenevo che "il parlamento ha dinanzi un compito immane e onorabile con estrema difficoltà nel preparare una legge sulla fine della vita", potendo andare nel senso del troppo o del troppo poco. Penso di averci colto, e mi domando quanto a lungo andrà avanti il tentativo di trovare una

*buona*

legge.

In merito occorre distinguere tra stato vegetativo permanente con attività cerebrale minima o assente, e stato cosciente con rinuncia alle cure. In questo secondo caso il criterio di precauzione non interviene mentre vale quello di autodeterminazione. Nell'articolo di dicembre sostenni tre punti: l'inesistenza di un 'diritto di morire'; l'inammissibilità dell'eutanasia; l'assunto che un'indisponibilità *assoluta* della *propria* vita non trovava su piano filosofico o razionale un supporto adeguato. Tale criterio viene sostenuto anche come principio della totale

indisponibilità della vita

*fisica*, che possiede una

storia recente. Esso si converte in quello di un assoluto

*dovere di vivere*

, anche esso problematico come il precedente. Lo Stato può imporre un assoluto dovere di vivere? Può rendere questo criterio la base di una legislazione civile?

Diversa è la situazione delle religioni rivelate in cui Dio è il Creatore e Signore della vita. Ma per chiedere che l'idea trascendente e teista sulla vita e la sua fine si trasfonda *ipso facto* in una legge dello Stato occorre portare argomenti molto forti. Quanto meno occorre evitare che lo Stato entri di forza nella vita del singolo, sostituendosi a lui: è meglio limitare l'intervento della legge nella vita delle persone, in specie in nuclei così delicati. Su questi aspetti le posizioni possono essere variegata, ma almeno è necessario cogliere il punto, che non verte su paradigmi astratti che rischiano di essere disumani nella loro eterea universalità, ma sulla verità e la fondatezza del criterio dell'assoluta indisponibilità della propria vita. Altrimenti si continua ad abbaiare contro la luna. Procedere razionalmente significa distinguere quello che è di ragione e quello che proviene del tutto legittimamente da etiche religiose, senza con ciò cedere all'idea che il richiamo alla ragione sia solo freddo razionalismo, e non invece la dimensione essenziale dell'essere persona. La questione concerne se i principi religiosi possano immediatamente trasfondersi in legge. Così domandano molto dubbiosi non pochi credenti e

noncredenti, tra cui recentemente M. Pera.

La legge votata al Senato riduce significato e portata delle Dat, coinvolgendo il criterio del consenso informato, che diventa arduo da gestire. Poniamo che un cittadino dopo un colloquio con un medico abbia lasciato scritto di non voler essere attaccato ad un ventilatore artificiale. Lo stesso cittadino, incorso in un incidente che lo porta in fin di vita, viene condotto in ospedale e dove il medico ritiene necessario che sia attaccato al ventilatore. Questi, non accogliendo la richiesta, va contro una dichiarazione lucidamente espressa che viene disattesa. Se invece la segue, viola la legge che lo obbliga a non prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente (semmai sarà opportuno avanzare proposte alternative e offrire dei sistemi di palliazione dei dolori). Una tragica contraddizione, che si può presentare in numerosi altri casi, tra cui quello di un paziente che a seguito di grave incidente al capo non può essere idratato attraverso il sondino, ma solo mediante la Peg con perforazione dell'addome e della parete dello stomaco, che viceversa il paziente ha tassativamente escluso con le Dat. Analoghi casi riguardano il rifiuto di trattamenti quali amputazioni o di dialisi anche nel caso in cui risultino salva-vita: il medico le dovrebbe comunque imporre? In tal caso crollerebbero tanto l'alleanza terapeutica quanto il consenso informato. Al paziente resterebbe solo la possibilità di rifiutare cure sperimentali altamente invasive e invalidanti.

Il problema più grave non è dato dunque dai pazienti in coma vegetativo persistente, cui è necessario non sospendere il sostegno vitale, ma da quelli coscienti. Se la strada è quella di costringerli a vivere, il paziente non è più responsabile di sé ma mero oggetto della decisione altrui. Lo stesso concetto di accanimento terapeutico non è così chiaro e liquido come lo si vuol presentare, poiché non riposa solo su elementi clinici oggettivi, già di per sé ardui da determinare nettamente, ma si intreccia costantemente con elementi e percezioni soggettive e con la volontà del malato: un trattamento ancora sopportabile per A non lo è per B. Si comprende facilmente l'estrema difficoltà a sancire con una legge tali aspetti, se si vuole evitare la cattiva infinità della casistica.

Vittorio Possenti