



G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2014, (pp. 309).

“**L**a qualità dell’assistenza data in fin di vita è un buon metro della qualità umana di una civiltà e di una cultura”.

Il volume offre una completa e puntuale disamina sulla dibattuta tematica del fine vita, e lo fa affrontandola in una prospettiva costituzionale e comparatistica che tenga in debito conto le problematiche sottese ad un tema che è, e l’Autrice lo sottolinea senza timori, spinoso e controverso, corrispondendo tale momento alle situazioni più fragili dell’esistenza umana. Inoltre, il dibattito (mediatico prima, politico-istituzionale poi), svoltosi in Italia ha evidenziato la stretta connessione fra concetti, spesso confusamente assimilati ma di cui sarebbe doveroso operare un distinguo, quali il fine vita, il testamento biologico, l’eutanasia e i trattamenti palliativi.

In effetti, ben si evidenzia come i risvolti che necessariamente andranno analizzati sono quelli riguardanti la vita, la morte, la dignità, la libertà, la responsabilità, la solidarietà, la salute fisica e psichica. E, di più, tali situazioni si riferiscono alla sfera dei diritti di libertà, ma rappresentano anche questioni sociali.

Obiettivo dichiarato del volume è quello di offrire un contributo, e tentare di fornire una risposta, in ordine a quella che è la domanda di fondo quando si scelga di affrontare il tema della dignità nella morte: l’eutanasia è una soluzione coerente con la dignità della persona umana e con il vigente assetto costituzionale? La risposta, cui si giunge dopo una attenta analisi che involge profili costituzionali e tecnici, è no. Il modo migliore di rispondere all’esigenza di tutelare la dignità del malato in generale, e del morente in particolare, è approntare uno sviluppo adeguato delle cure palliative “come forma di sostegno globale alla sofferenza, all’abbandono, alla solitudine, in grado, come tale, di prevenire la domanda di eutanasia in un contesto socio-sanitario solidale ed inclusivo”.

La prima parte del volume è dedicata al concetto, indispensabile punto di partenza, della dignità umana alla luce sia dei precetti costituzionali che del panorama comunitario. In merito a questa tematica si sottolinea come, quando si tratti di temi quali il fine vita, si sia sempre più consolidata la nuova alternativa *pro choice/pro life*: in altri termini, la dignità consisterebbe da un lato nel diritto tutto individuale all'autodeterminazione, dall'altro nel riconoscimento della qualità dell'essere umano in quanto tale; nel caso dell'eutanasia, in particolare, sul piano della teoria, verrebbe a crearsi un bilanciamento nuovo tra il diritto alla vita ed il distinto diritto a "disporre della propria vita", divenendo in tal modo un concetto totalmente individuale. Ancor più singolare la circostanza che è l'interpretazione della dignità di per sé stessa ad essere divenuto controverso e per certi versi paradossale, essendo chiamata in causa da alcuni per sostenere la liceità dell'eutanasia, da altri per rifiutarla nettamente.

A ben guardare, la dignità umana non va intesa, ad opinione di parte della dottrina, quale mera esistenza biologica ma come qualità della vita, sostanziandosi nel diritto di autodeterminarsi; conseguenza di questa lettura, in caso di infermità irreversibile ed invalidante, l'eutanasia sarebbe accettabile in quanto diritto che deriva dall'impossibilità di recuperare la propria dignità. Su tesi diametralmente opposte si collocano coloro che, invece, considerano la dignità umana quale fondamento di ogni diritto umano, "valore super-costituzionale, fonte di tutti i diritti e, soprattutto inerente all'esistenza umana, qualunque siano le condizioni in cui il soggetto si trovi", ma soprattutto quando versi in situazioni nelle quali la pienezza delle facoltà sia compromessa e dunque con una maggiore esigenza a che sia tutelata la propria dignità. Come anticipato e come sottolineato dall'Autrice, nessuna zona grigia e nessuna posizione intermedia e lo stesso principio invocato per tutelare situazioni opposte ed inconciliabili: *pro choice versus pro life*.

Tuttavia, l'accezione di dignità accolta nella Costituzione italiana, alla luce di un *excursus* storico molto approfondito, sembra essere quella secondo cui questa appartiene ad ogni essere umano in quanto tale, indipendentemente da ogni considerazione circa la qualità della vita. Da ciò deriva che "l'autodeterminazione, se certamente è una componente importante dello statuto della persona umana, non è il criterio per discriminare fra chi possiede dignità e chi non la possiede".

Inoltre, si nota come in base al principio di autodeterminazione si sia affermata l'idea, inaccettabile dal punto di vista dell'Autrice, secondo la quale ogni individuo potrebbe rinunciare alla propria vita in quanto la ritenga non degna di essere vissuta; tuttavia seguire tale impostazione significherebbe negare che dai principi costituzionali possa desumersi la garanzia dei diritti inviolabili fondata sul riconoscimento di questi in capo ad ogni essere vivente, indipendentemente ed a prescindere dalla percezione che ognuno

abbia della propria esistenza. Se la dignità umana è inviolabile, e lo è, allora non potrà mai dipendere dal consenso del soggetto, pena la negazione dell'invulnerabilità dei diritti.

Con riferimento allo specifico tema del presunto diritto di morire, poi, deve escludersi che la protezione della vita possa comprendere ed includere la protezione dell'opposto diritto di morire, dal momento che, ed è questo il nodo centrale dell'intero volume, "il suicidio è un fatto, dolorosissimo ed inquietante, non già un diritto costituzionale": sul piano teorico, logico e costituzionale non pare assolutamente configurabile.

La Corte Cedu, a differenza della Consulta che mai si è pronunciata espressamente sul diritto al suicidio assistito e sull'eutanasia, nella sua giurisprudenza sembra aver tenuto come costante punto di riferimento la considerazione che il diritto di morire e, dunque, l'autodeterminazione intesa come scelta fra la vita e la morte, non possa considerarsi implicito nelle norme che tutelano il diritto alla vita dal momento che la Convenzione non contempla il diritto di morire; importante l'analisi dei documenti dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, dai quali emerge chiaramente il disfavore rispetto all'eutanasia, ma anche rispetto all'accanimento terapeutico, e di converso si nota l'incoraggiamento ad implementare le cure palliative ed il timore e la prudenza rispetto al tema delle direttive anticipate. Evidentemente ampio margine di apprezzamento è lasciato agli Stati membri, che tuttavia nella quasi totalità non riconosce il suddetto diritto.

La seconda parte è dedicata ad una puntuale ed approfondita disamina di quelli che sono gli aspetti più problematici, ma centrali ed indispensabili quando si tratti del fine vita, legati al rapporto medico-paziente, all'accanimento terapeutico ed alla idratazione e alimentazione artificiali suddividendoli in due distinte fattispecie: paziente cosciente e paziente privo di coscienza e ripercorrendo, rispettivamente, il caso Welby ed il caso Englaro.

A norma dell'art. 32 Cost., ed al riguardo non sussiste alcun dubbio, per effettuare un qualsivoglia trattamento sanitario occorre acquisire il consenso della persona oggetto delle cure che, appare superfluo sottolinearlo, dovrà essere stata esaurientemente informata.

Sulla volontarietà dei trattamenti sanitari, "*nulla quaestio*". Determinante, invece, è la distinzione tra il rifiuto di una terapia proposta dal medico e la richiesta al medico, da parte del paziente, di adottare una condotta per ottenere la propria morte. Detto diversamente, un conto è che il decesso derivi da un rifiuto del paziente in ordine ad un qualsivoglia trattamento, altro è che derivi da una condotta medica, omissiva o commissiva poco conta, a tale preciso (e, giova sottolinearlo, illegittimo) scopo perpetrata. Nel primo caso, infatti, il decesso non è provocato dal medico e dunque il diritto al rifiuto delle terapie medico-chirurgiche non potrà mai considerarsi eutanasia passiva consensuale, ma semplice conseguenza della circostanza - costituzionalmente

garantita - che la salute non può essere oggetto di imposizione coattiva (fuori, ovviamente, dai casi previsti dal secondo comma dell'art. 32).

Centrale è poi il tema della rinuncia alle cure, che si configura per indicare la cessazione di terapie sproporzionate e futili; in sostanza si tratta della spinosa questione dell'accanimento terapeutico.

Questo genera delle problematiche in ordine all'incertezza che ne caratterizza la definizione, stante la mancanza di un solido ancoraggio scientifico. A questo proposito, si sottolinea come il nuovo codice di deontologia medica abbia abbandonato il termine "accanimento" per utilizzare il concetto di "proporzione". Ora infatti si legge come il medico, tenendo in debito conto le volontà espresse dal paziente e i principi di efficacia e appropriatezza delle cure, non deve né intraprendere né insistere in interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati dai quali non si possa fondatamente attendere beneficio alcuno per la salute, intesa anche nel senso di qualità della vita, del paziente. La precisazione non è di poco conto, così come non lo è la circostanza che il divieto di intraprendere cure sproporzionate valga anche quando il paziente versi in uno stato di incoscienza: in altri termini, l'accanimento è vietato indipendentemente dalla condizione del soggetto e dalla volontà espressa da lui o dai suoi familiari. In conclusione, non vi è alcun bisogno di auspicare il riconoscimento giuridico dell'eutanasia per sostenere la contrarietà alla sproporzione e all'eccesso di cure perché, molto semplicemente, è una condotta medica già vietata.

Ciò detto, resta ferma l'impossibilità di assimilare la rinuncia alla terapia con il diritto di morire e con l'eutanasia, dal momento che – giova ribadirlo- "altro è il lasciar morire derivante dall'abbandono terapeutico, attraverso condotte mediche attive od omissive, quando invece le terapie sarebbero opportune e proporzionate, altro è il lasciar morire rinunciando ad iniziare o proseguire trattamenti che non procurerebbero alcun miglioramento consistente al paziente, procurando invece, a lui e alla sua famiglia, solo un peso e una sofferenza eccessive".

Per evitare però che il tema dell'accanimento terapeutico si trasformi in un mero slogan privo di contenuti, l'Autrice ritiene opportuno chiarire come il concetto di proporzione della terapia debba necessariamente essere frutto di un giudizio complesso e dell'indispensabile alleanza terapeutica tra medico e paziente, in cui il primo prospetterà tutte le possibili terapie e le alternative nel caso in cui queste fossero giudicate dal secondo come insostenibili. Questo c.d. modello cooperativo appare come utile ad evitare tanto gli eccessi del vecchio paternalismo, in cui il medico era l'unico titolare in ordine alle decisioni sulla salute del paziente, senza che si tenesse in debito conto la sua volontà, quanto quelli derivanti dal considerare l'autonomia del malato come unico elemento rilevante della decisione in ordine ai trattamenti sanitari da parte del medico, che di fatto veniva assimilato ad un mero esecutore materiale.

Diverso ovviamente il caso in cui il paziente sia incosciente e dunque non possa più prestare il proprio consenso, ovvero dissenso, informato alle terapie. Qui l'interrogativo che ci si pone è se, e fino a che punto, le direttive anticipate debbano essere considerate vincolanti nei confronti del personale sanitario, stante che nella maggior parte dei casi la volontà eventualmente espressa sarebbe nel senso del rifiuto delle c.d. terapie salvavita. La risposta, nuovamente, è negativa. Infatti attraverso la formulazione di dichiarazioni anticipate non può mai essere modificato il panorama di diritti ed obblighi sanciti dalla legge che, ad oggi, non prevede la possibilità di richiedere una prestazione sanitaria orientata alla morte. Se, insomma, nell'ordinamento costituzionale non è configurabile una relazione sanitaria a ciò rivolta (e non lo è) e se "nessuno può giuridicamente costringere altri a lasciarlo morire, ciò a maggior ragione non sarà possibile attraverso espressioni della volontà del paziente anticipate e non contestuali". In ogni caso, rispetto al testamento biologico esiste una diversa soluzione: la pianificazione anticipata delle scelte terapeutiche con le quali il malato esprime le sue volontà in ordine ai trattamenti sanitari da intraprendersi nel prossimo futuro, quando però, e questo è l'elemento centrale e caratterizzante, vi è già una patologia della quale si prospetta il decorso. Siamo nel versante dell'attualità delle prime cure, dunque, quando il paziente è ancora cosciente ma già competente, ed è una tangibile espressione dell'alleanza terapeutica medico-paziente dal momento che qui non si tratta di prestare il consenso ad una singola prestazione sanitaria, quanto piuttosto di individuare uno specifico programma di cure.

Dopo aver analizzato i controversi aspetti dello stato vegetativo e della nutrizione e idratazione artificiali, la terza ed ultima parte del volume si occupa delle norme e delle prassi medico-sanitarie con riguardo al fine vita in alcuni Paesi europei e della specifica disciplina prevista in Italia per l'implementazione delle cure palliative.

In estrema sintesi, nei Paesi Bassi sia l'eutanasia che il suicidio medicalmente assistito sono permessi e disciplinati da apposite leggi la cui parte più dibattuta e criticata, inevitabilmente, è quella nella quale si prevede l'eutanasia per i minorenni; nello specifico è prescritto che il minore, di cui non sempre si specifica l'età, debba trovarsi in una situazione clinica senza speranza e che comporti la morte a breve termine e deve patire sofferenze continuative ed insopportabili che non possono essere altrimenti alleviate. Allarmanti i dati riportati che dimostrano come, a ben guardare, i casi di eutanasia siano aumentati esponenzialmente e come questa si sia trasformata in qualcosa di ben diverso da quella *extrema ratio* che avrebbe dovuto essere.

Nel Regno Unito sono vigenti il Suicide Act ed il Mental Capacity Act che, rispettivamente, prevedono che il suicidio non è un crimine e che sono, invece, punibili l'istigazione e l'aiuto al suicidio; successivamente il Coroners and Justice Act ha identificato tali reati nell'unica fattispecie dell'*encouraging or assisting suicide*. Quello che deve segnalarsi è che il principio ispiratore di fondo è legato al *best interests* per il paziente e alla

rilevanza non incondizionata della volontà anticipata eventualmente manifestata, che in ogni caso non può prevedere il rifiuto di cure di base. Inoltre, espressamente, si nega la possibilità di abrogare il reato di omicidio del consenziente e di aiuto al suicidio.

Simile la situazione in Germania, dove la vincolatività di eventuali direttive anticipate è circoscritta ed in mancanza si fa prevalere il miglior interesse del malato e dove vige il divieto di “omicidio su richiesta”.

In Spagna il codice penale punisce l’istigazione e l’aiuto al suicidio e l’omicidio del consenziente, prevedendo però una diminuzione della pena nei casi di “omicidio compassionevole”.

Infine, in Francia è punita l’eutanasia tanto in forma attiva quanto in forma passiva ma è previsto che il paziente possa decidere di rinunciare ai trattamenti sanitari anche vitali, ed il medico dovrà accompagnare il malato con trattamenti antidolorifici; è espressamente accettata l’eventualità che questi comportino come effetto secondario l’abbreviazione della vita.

Il volume si chiude con una tematica di estrema rilevanza: le cure palliative e la loro relativa disciplina in Italia; nello specifico, si tratta della legge n.38 del 2010 che ha definitivamente e chiaramente sancito il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, che individuano un tipo di trattamento sanitario volto ad allievare la sofferenza, nelle sue sfumature tanto fisiche quanto mentali, della persona affetta da una malattia a prognosi sicuramente infausta che non risponde più a trattamenti specifici.

Non guarire, dunque, ma sollevare dalla sofferenza.

Il tema, si diceva, è centrale quando si voglia tentare di fornire un quadro non solo ricostruttivo ma anche propositivo in ordine al fine vita, visto il perdurante e diffuso preconetto per cui le cure palliative siano assimilabili all’eutanasia. In realtà, le due si differenziano per alcuni non secondari aspetti, primo dei quali l’obiettivo/intenzione della procedura, che nelle terapie del dolore è semplicemente ridurre o abolire la percezione della sofferenza provocata dai sintomi della patologia, non certo provocare intenzionalmente la morte del malato.

In conclusione, quello che si vuole demolire è l’assioma della vita inviolabile solo se degna di essere vissuta che, peraltro, porta alla paradossale considerazione che eutanasia e accanimento terapeutico siano due facce della stessa medaglia.

Quello che occorre assicurare è che i malati siano curati al meglio, con dignità, umanità e con tutte le terapie mediche possibili nell’attuale panorama scientifico. Ma quando questo non è più possibile quello che si deve fare è “accompagnarli”, non incoraggiare pratiche eutanasiche che non appaiono una risposta meritevole di tutela alla luce del dettato costituzionale italiano.

Elisabetta Benedetti