

LIBERO COORDINAMENTO INTERMEDIO
POLIS PRO PERSONA

“DIRITTO” O “CONDANNA” A MORIRE PER VITE “INUTILI”?

Prefazione di CARLO CASINI

Postfazione di don MASSIMO ANGELELLI



CANTAGALLI

LIBERO COORDINAMENTO INTERMEDIO
POLIS PRO PERSONA

“DIRITTO” O “CONDANNA”
A MORIRE PER VITE “INUTILI”?

Il Servizio Sanitario verso la “cultura dello scarto”
dopo l’ordinanza 207/18 della Corte costituzionale pro eutanasia?

LIBERO COORDINAMENTO INTERMEDIO
POLIS PRO PERSONA

“DIRITTO” O “CONDANNA” A MORIRE PER VITE “INUTILI”?

Il Servizio Sanitario verso
la “cultura dello scarto” dopo l’ordinanza 207/18
della Corte costituzionale pro eutanasia?

Relazioni e interventi al Seminario dell’11 luglio 2019
Palazzo Maffei Marescotti, Roma

Prefazione di Carlo Casini

Postfazione di Don Massimo Angelelli

Contributi di

Antonio Affinita; Filippo Anelli; Roberto Bettuolo; Paola Binetti; Aldo Bova; Marina Casini Bandini; Maria Domenica Castellone; Paolo De Carli; Vito De Filippo; Emanuele Di Leo; Giovanni Falcone; Elena Fruganti; Mattia Fusina; Alberto Gambino; Massimo Gandolfini; Maurizio Gasparri; Gian Luigi Gigli; Giancarlo Giorgetti; Giovanni Gut; Marco Invernizzi; Alfredo Mantovano; Andrea Mazzi; Domenico Menorello; Assuntina Morresi; Francesco Napolitano; Pino Noia; Giuseppina Occhionero; Alessandro Pagano; Antonio Palmieri; Riccardo Pedrizzi; Massimo Polledri; Gaetano Quagliariello; Eugenia Roccella; Maurizio Sacconi; Luisa Santolini; Olimpia Tarzia.

A cura di Domenico Menorello



© 2019 Libero Coordinamento Intermedio Polis pro Persona (a cura di Domenico Menorello)
e Edizioni Cantagalli S.r.l.

Grafica di copertina: Tiziana Pedani

Edizione digitale (pdf) luglio 2019

ISBN: 978-88-6879-931-4 (pdf)

INDICE

I IL PROBLEMA

(Quasi un) sommario di <i>Domenico MENORELLO</i> , Osservatorio “Vera Lex?”	13
Prefazione di <i>Carlo CASINI</i> , Presidente onorario Movimento per la Vita	19
Dame Cicely Saunders sull’eutanasia	21
Dall’11 luglio all’11 settembre: non staremo silenti contro la vera libertà e la solidarietà di <i>Alberto Maria GAMBINO</i> , Presidente Associazione Scienza & Vita	23
Chiamati a una scelta cruciale! di <i>Giancarlo GIORGETTI</i> , Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio	25
Vogliamo rimanere professionisti della vita! di <i>Filippo ANELLI</i> , Presidente FNOMCeO	27
Il problema posto dall’ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018, nei suoi profili giuridici ed istituzionali di <i>Alfredo MANTOVANO</i> , Centro Studi Livatino	29
Profili esistenziali ed etici della legalizzazione dell’eutanasia paventata dall’ordinanza della Corte costituzionale 297/2018 di <i>Assuntina MORRESI</i> , Comitato Nazionale Bioetica	38

II IN DIALOGO CON I PARLAMENTARI (in ordine alfabetico)

Dalla legge sulle DAT alla legge sull’eutanasia: la tormentata storia del rapporto del medico con il paziente di <i>Paola BINETTI</i> , Senatrice UDC-Forza Italia	49
Ma prima viene la tutela della vita... di <i>Maria Domenica CASTELLONE</i> , Senatrice Movimento 5 Stelle	53

Il Parlamento si concentri sull’art. 580 del Codice penale di <i>Vito DE FILIPPO</i> , Deputato Partito Democratico	55
Senza precedenti, senza illusioni, ma senza rinunciare alla battaglia! di <i>Maurizio GASPARRI</i> , Senatore Forza Italia	56
Vogliamo davvero codificare la morte? di <i>Giuseppina OCCHIONERO</i> , Deputata Liberi e Uguali	57
Disinnescare l’“esproprio”: la p.d.l. 1888 di <i>Alessandro PAGANO</i> , Deputato Lega	60
Leader, non follower di <i>Antonio PALMIERI</i> , Deputato Forza Italia	64
Il bivio che inchioda la politica italiana di <i>Gaetano QUAGLIARIELLO</i> , Senatore IDEA-Forza Italia	67

III

TESTIMONIANZE DEI CORPI INTERMEDI, E NON SOLO (in ordine alfabetico)

Eutanasia e minori: disumano lo strappo dei figli alle madri per consegnarli alla morte di <i>Antonio AFFINITA</i> , MOIGE – Movimento Genitori	71
La vita chiama vita! di <i>Roberto BETTUOLO</i> , Associazione L’Albero	74
Umanizzare la medicina, per servire ogni istante di vita di <i>Aldo BOVA</i> , Forum Associazioni Sociosanitarie	76
Dignità e libertà: un binomio a favore della vita di <i>Marina CASINI BANDINI</i> , Movimento per la Vita Italiano	77
Nessuno può spegnere il desiderio e la speranza di <i>Paolo DE CARLI</i> , Associazione Nonni 2.0	81
Si scrive “eutanasia”, si legge “aberrazioni” di <i>Emanuele DI LEO</i> , Associazione Steadfast Onlus	84

Non cediamo alla cultura dello scarto! di <i>Giovanni FALCONE</i> , già parlamentare, Osservatorio “Vera Lex?”	87
L’uomo nella “biopolitica” dei nuovi diritti di <i>Elena FRUGANTI</i> , Associazione Esserci	88
Ai giovani non interessa la disperazione di <i>Mattia FUSINA</i> , Associazione Vivere Salendo	90
Sulla soglia di una rivoluzione antropologica di <i>Massimo GANDOLFINI</i> , Comitato Difendiamo i nostri figli	93
Contro un progressismo disumano di <i>Gian Luigi GIGLI</i> , Osservatorio “Vera Lex?”	97
Come si tratta la morte, così si tratta tutta la vita di <i>Giovanni GUT</i> , MCL – Movimento Cristiano Lavoratori	99
Contro la dittatura del relativismo di <i>Marco INVERNIZZI</i> , Alleanza Cattolica	101
Solo i “rifiuti” vogliono morire di <i>Andrea MAZZI</i> , Associazione Comunità Giovanni XXIII	103
Il Mistero dell’esistenza non è misurabile di <i>Francesco NAPOLITANO</i> , Associazione Risveglio	106
L’eutanasia perinatale: la risposta scientifica, etica e umana dell’hospice perinatale del Gemelli e della Fondazione “Il cuore in una goccia” di <i>Pino NOIA e del direttivo A.I.G.O.C.</i> , Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici	110
Le nuove frontiere della scienza di <i>Riccardo PEDRIZZI</i> , Comitato Scientifico UCID	123
Eutanasia e tecniche di manipolazione dell’opinione pubblica: tristi somiglianze di <i>Massimo POLLEDRI</i> , Osservatorio “Vera Lex?”	125
L’involuzione del Servizio Sanitario Nazionale danneggerebbe tutti di <i>Maurizio SACCONI</i> , Osservatorio “Vera Lex?”	133

Rompere la connivenza del silenzio di Luisa SANTOLINI, Osservatorio “Vera Lex?”	135
Alziamoci in piedi! di Olimpia TARZIA, Movimento PER – Politica Etica Responsabilità	138
Conclusioni di Eugenia ROCCELLA, Osservatorio “Vera Lex?”	142
Postfazione di don Massimo ANGELELLI, Direttore Ufficio Pastorale della Salute – CEI	147

IV DOCUMENTI

Ordinanza Corte costituzionale n. 207/2018	151
Art. 580 Codice penale	170
Stralci su eutanasia tratti da <i>Evangelium vitae</i> Lettera Enciclica di Giovanni Paolo II (25 marzo 1995)	171
«Mai eutanasia e suicidio assistito» Intervista al Card. Gualtiero Bassetti (Avvenire, 13 luglio 2019)	177
Comunicato Stampa del Tavolo di lavoro “Vita e famiglia” (10 luglio 2017)	182
Documento finale del Seminario “Diritto” o “condanna” a morire per vite “inutili”? (11 luglio 2019)	184
Atto Camera dei deputati n. 1888	187
Testo delle e-mail che possono essere inviate dal sito www.polispropersona.com e dalla relativa pagina facebook	190

LIBERO COORDINAMENTO INTERMEDIO
POLIS PRO PERSONA*

*Curare vuol dire rispettare il dono della vita dall'inizio alla fine.
Non siamo noi i proprietari: la vita ci viene affidata
(Papa Francesco, 2019)*

SEMINARIO DI LAVORO
sui temi giuridici e istituzionali

ALFREDO MANTOVANO,
magistrato, vicepresidente centro studi Livatino

sui temi antropologico-scientifici

ASSUNTINA MORRESI,
Comitato nazionale bioetica, docente Università Perugia

FORUM di testimonianze e contributi
per l'imminente **dibattito parlamentare**

saranno presenti

l'On. **GIANCARLO GIORGETTI**

Sottosegretario Presidenza del Consiglio
e parlamentari di tutti i gruppi**

Modera

ANGELO PICARIELLO
di **Avvenire**

“DIRITTO” O “CONDANNA” A MORIRE PER VITE “INUTILI”?



**Il Servizio Sanitario
verso la “cultura dello scarto”
dopo l’ordinanza 207/18
della Corte costituzionale
pro eutanasia?**

GIOVEDÌ 11 LUGLIO 2019, ore 15

Palazzo Maffei Marescotti Via della Pigna, 13/A - ROMA

SALA APOLLO, Scala A - piano primo

* promosso dalle associazioni ALEF – Associazione Liberi e Forti, ALLEANZA CATTOLICA, Associazione I cammini di Francesco, Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici, Associazione Ai.Bi. Amici dei Bambini, Associazione Nazionale FAMIGLIE NUMEROSE, Associazione Nonni 2.0, Associazione Steadfast Onlus, Associazione RISVEGLIO, Associazione TRA NOI, Centro Studi Rosario LIVATINO, Collactio-orientecristiano, Comunità Papa Giovanni XXIII, Cuore azzurro, L'albero, COSTRUIRE INSIEME, Comitato Difendiamo i nostri figli, Etica & Democrazia, ESSERCI, Forum della Associazioni Sociosanitarie, MCL - Movimento Cristiano Lavoratori, Medicina e Persona, MOIGE-Movimento Italiano Genitori, Movimento per la VITA, Movimento PER: Politica Etica Responsabilità, Politicainsieme, Osservatorio parlamentare “VERA LEX?”, Rete Popolare, Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici, UCID comitato scientifico, Unione Farmacisti Cattolici Italiani, Vivere Salendo.

** hanno confermato Paola Binetti – UDC, Mariolina Castellone – MSS, Vito De Filippo – PD, Augusta Montaruli – Fdl, Alessandro Pagano – LEGA, Antonio Palmieri – Forza Italia, Giusy Occhionero – LEU

LE ASSOCIAZIONI PROMOTRICI

ALEF – Associazione Liberi e Forti
Alleanza Cattolica
Associazione I cammini di Francesco
Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici
Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici
Associazione Ai.Bi. – Amici dei Bambini
Associazione Nazionale Famiglie Numerose
Associazione Nonni 2.0
Associazione Steadfast Onlus
Associazione Risveglio
Associazione Tra Noi
Centro Studi Rosario Livatino
Collactio Oriente Cristiano
Associazione Comunità Papà Giovanni XXIII
Associazione Cuore Azzurro
Fondazione De Gasperi
Associazione L'Albero
Associazione Costruire Insieme
Comitato Difendiamo i nostri figli
Etica & Democrazia
Associazione Esserci
Forum delle Associazioni Sociosanitarie
MCL – Movimento Cristiano Lavoratori
Medicina e Persona
MOIGE – Movimento Italiano Genitori
Movimento per la Vita Italiano
Movimento PER – Politica Etica Responsabilità
Politicainsieme
Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”
Rete Popolare
Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici
Comitato Scientifico UCID
Unione Farmacisti Cattolici Italiani
Associazione Vivere Salendo

I

IL PROBLEMA

(QUASI UN)
SOMMARIO*

*Appunti in ordine sparso di introduzione
alla straordinaria ricchezza di ragioni e di umanità
accaduta al seminario dell'11 luglio 2019 a Roma, Palazzo Maffei Marescotti*

di Domenico Menorello

dell'Osservatorio parlamentare "Vera Lex?"

*"Mai come oggi
c'è un urgente bisogno di uomini e donne
che sappiano usare un linguaggio di verità,
senza nascondere le difficoltà,
ma indicando una strada e una meta".
(Card. Gualtiero Bassetti, 30 maggio 2018)*

1. Quando sentimmo queste parole del Presidente della C.E.I. echeggiò subito la corrispondenza con una strana – e di certo inaspettata - esperienza di *Amicitia (Roccella)* accaduta fra alcune persone cui era capitato di essere stati deputati durante la scorsa legislatura. Eravamo in partiti (ci si perdoni l'eufemismo ...) tutti diversi, ma nel trovarci quotidianamente alla messa nella splendida chiesa di San Gregorio Nazianzeno (a Palazzo Valdina a Roma) ha avuto la meglio – come un vero miracolo - il desiderio di condividere la Fede aiutandoci a capire di più, e innanzitutto per noi stessi, quali sfide stessimo *davvero* attraversando mentre votavamo "leggi" a Montecitorio. Quella sorta di atipica "fraternità parlamentare" diede poi forma a un "osservatorio", chiamato per l'appunto "Vera Lex?", come eco dell'invito del Cardinal Bassetti anche nel campo dell'impegno e dell'interesse per la *Res Publica*.

San Tommaso d'Acquino ci avverte, infatti, che una "legge" "*non è che una prescrizione della ragione, in ordine al bene comune, promulgata dal soggetto alla guida della comunità*" (I pars, q. 90, a. 4).

* I riferimenti fra parentesi e in *corsivo grassetto* si riferiscono a interventi ospitati di seguito.

Una decisione *politica*, dunque, sceglie sempre qualcosa ritenuto un “bene” per tutti (**Casini Bandini**) e condiziona sempre l’intera comunità civile verso quello stesso “valore”. Per convincersene basta il linguaggio, quando chiamiamo, cioè, una certa azione “legale” per dirne della positività. Per converso, si cerca la *legalizzazione* di qualcosa proprio quando se ne pretende un giudizio positivo rispetto a precedenti opinioni negative o di dubbio (secondo lo schema, caro ai radicali, della “finestra di Overton”, brillantemente spiegata da **Polledri**).

Ma quasi sempre il coraggio di andare fino in fondo non c’è. Si glissa, ci si nasconde di fronte alla “verità” affermata da una “legge”, non si ammette l’“idea di uomo” verso cui essa indirizza. In quell’inverno fra il 2016 e il 2017 ci siamo buttati senza riserve in una impossibile battaglia parlamentare su quella proposta di *biotestamento*, che sarebbe poi diventata la triste legge n. 219/17, proprio perché avevamo intuito che dentro quell’apparente “moto di pietà” c’era dell’altro. Era sottesa una antropologia per cui la vita non sarebbe più importante in qualsiasi istante (**Dame Cecily Saunders**), ma potrebbe essere abbandonata se diventa poco “dignitosa”. Autorevolissimi esponenti della in allora maggioranza hanno pervicacemente negato quella “verità”, escludendo qualsiasi breccia eutanasi. Una crepa che invece c’era davvero fra un comma e l’altro della 219 (**Binetti**), ed ora – con buona pace di chi si era tanto affannato per convincere del contrario – a bruciapelo viene posta alla politica la domanda consequenziale. E ciò capita addirittura con una ordinanza della Corte costituzionale, la n. 207/18: “Se avete già previsto di far morire una persona di fame e di sete per l’interruzione dei presidi di sostegno vitale tramite la condotta attiva di terzi, considerando bere e mangiare come *terapie*, per quale motivo la stessa persona non può scegliere in che modo morire?” (**Quagliariello**).

Siamo di fronte a una clamorosa e inedita invasione da parte di un Giudice del campo proprio del Parlamento (**De Carli**), che si vede minacciato di essere sostituito e soppiantato nella sua teorica esclusiva attività del legiferare da una sentenza della Consulta, se entro l’udienza già calendarizzata il 24 settembre non avrà obbedito, eseguendo il compito assegnato da un altro potere istituzionale di varare, cioè, “una regolazione dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto” al suicidio, con “l’eventuale riserva esclusiva” “al servizio sanitario nazionale” per la “somministrazione di un farmaco atto a provocare la morte”.

In un colpo solo, la Consulta ha crudelmente messo a nudo sia il rischio di crollo della democrazia parlamentare, sia la maturazione di un sovvertimento culturale e istituzionale così avanzato da pretendere *tout court* l’eutanasia negli ospedali italiani. Eppure, nei mesi successivi non è successo niente. Nessuno

ha parlato, tranne qualche avamposto del coraggio culturale quale è il Centro Studi Livatino. Anzi, per non disturbare lo sconcertante silenzio (*Santolini*) con cui l'Italia va incontro a uno scenario tanto drammatico, il 30 luglio sono addirittura scesi in campo i moralisti ufficiali del Comitato di Bioetica Nazionale, una parte dei quali ci vorrebbe ora spiegare – come successe due anni fa con le DAT – che l'aiuto medicalizzato al suicidio poco o nulla avrebbe a che fare con l'eutanasia ...

No, grazie! Non saremo nemmeno questa volta fra i sofisti che provano ancora a far mettere al popolo italiano la testa sotto la sabbia. Vogliamo alzare lo sguardo per guardare in faccia quale sia la *verità* di questa partita. Non intendiamo rinunciare a un giudizio, e in questa tensione desideriamo davvero confrontarci con tutti coloro che accetteranno sino in fondo la sfida per la propria umanità, per la propria comunità, per il futuro dell'Italia.

Il seminario dell'11 luglio 2019 è stato un esempio splendido di quanto sia reale ed affascinante una simile possibilità, animata dal lavoro e dalla testimonianza di oltre trenta associazioni, la cui ricchezza e vivezza è percepibile in ognuno degli interventi sintetizzati nelle pagine di questo volume e dal dialogo che hanno alimentato anche con la politica e le istituzioni, dialogo che offriamo umilmente al dibattito del Paese in giorni cruciali per il suo "bene".

2. Offriamo innanzitutto la nostra stessa inquietudine di fronte al monito lanciato da Massimo **Gandolini**, per cui siamo alle soglie di "una vera rivoluzione antropologica". Dobbiamo chiederci, cioè, quale ritenuta "verità" sull'uomo e sulla realtà consenta di pretendere che un "suicidio" avvenga per opera di "strutture sanitarie pubbliche, che oggi sono dedite alla tutela della vita" (**Anelli**). Vogliamo davvero codificare un diritto alla morte (**Occhionero**)? Il perimetro della vita può davvero essere nella disponibilità di una legge o di una sentenza (**Napolitano**)? Giudicare questa pretesa appare un passaggio cruciale, per tutti, perché quel che sarà deciso sulla "morte" sarà anche paradigma eloquente di come trattiamo tutta la vita (**Gut**).

Il primo evidente presupposto di questa prospettiva è la concezione di un uomo come misura di tutte le cose, che sente come opprimente tutto ciò che lo condiziona (**Palmieri**).

Di qui il mantra dell'*autodeterminazione*, falsamente assunta a parametro massimo di valore del singolo (**Pedrizzi**), che trascina la concezione di *libertà* e di *dignità*.

La *libertà* diviene, infatti, costituita dall'iperbole indefinita dei "nuovi diritti", che vengono pretesi dallo Stato e perciò ci si aspetta che tutti i fattori della vita siano normati e protetti dalla politica (**Fruganti**).

Analogamente – come attestano sia l'ordinanza della Corte 207/18 sia numerose proposte di legge – compare la correlazione fra *autodeterminazione* e *dignità* umana (**Mantovano**).

Come dire: "*Se non sono ciò che vorrei essere non ho dignità e perciò ho il diritto di essere fatto morire dallo Stato, dall'ospedale pubblico*".

Il modello antropologico individualista che pretende l'eutanasia o il suicidio medicalmente assistito ha conseguenze che comportano un mutamento radicale di prospettiva. Per il Servizio Sanitario Nazionale che, a danno di tutti, vedrebbe un sostanziale affievolimento del suo strutturale orientamento alla tutela e alla cura della vita (**Sacconi**). Per le relazioni umane, perché se la richiesta di essere ucciso diviene "diritto" l'altro non può fare nulla e viene impedita la solidarietà di chi vorrebbe dirti: "Amico, aspetta! Io sono con te: facciamo un pezzo di strada insieme" (**Gambino**). Per i medici e gli operatori sanitari, perché viene minata la loro ippocratica vocazione alla vita. Per la persona stessa, perché quel che "desidera", nella solitudine in cui è lasciata, in realtà dipende dalla mentalità comune, cioè dipende dal "potere" (**Tarzia**).

Ecco: in fondo alla teoria dell'autodeterminazione si ritrova un uomo ridotto alla sua capacità funzionale (**Invernizzi**), che, attratto dagli idoli del "successo" nei vari campi dell'esistenza, riterrà o – meglio - sarà indotto a ritenere di essere inutile, se sopravvengono condizioni di fragilità, debolezza, fallimento, vecchiaia, disabilità, e che la sua vita non sia più degna di essere vissuta (**Gigli**).

L'ultimo atto *autodeterminato* sarà perciò il "diritto a non essere inutile", il "diritto a non essere uno *scarto*" (**Falcone**), potendo pretendere che un ospedale sia pronto a somministrare "un farmaco atto a provocare la morte", come raccomanda il nostro Giudice costituzionale ...

E così, chi esalta un uomo senza legami, totalmente libero di autodeterminarsi e con il *diritto* ad avere dallo Stato ciò che vuole, lo pone in realtà su un piano inclinato la cui pendenza verso il basso è stabilita dal potere che fissa i canoni del valore sociale di una esistenza o, più realisticamente, dalla tenuta del *welfare* pubblico. Tant'è che numeri privi di margini interpretativi (**Morresi**) documentano che nei (pochi) paesi che hanno introdotto l'eutanasia, questa è finita per diventare una prassi praticamente abituale davanti a certe patologie o invalidità. Come d'altronde la storia insegna.

3. L'alternativa all'antropologia triste dell'individualismo non è una morale. Men che meno un moralismo, ancora più grigio. Ma una bellezza umana, che commuove il cuore e dilata l'intelligenza. E che corrisponde più pienamente all'umano.

Che stupore aver ascoltato l'11 luglio uno dei più giovani citare Enzo Jannacci quando, dieci anni fa di fronte alla vicenda di Eluana Englaro, così sperava, pubblicamente: **“Ci vorrebbe una carezza del Nazareno” (Fusina)!**

Quella stessa “Carezza” che nel corso del seminario è stata raccontata e testimoniata da molti che dedicano la propria vita alla cura amorosa della vita più debole, poco o per nulla “autodeterminata”, come per i più piccoli fra noi, i bambini (**Affinita**), o gli ammalati (**Di Leo**). O, fra gli altri, nei racconti commoventi di giovani che non mollano il desiderio di vivere anche nel dolore più grande (**Bettuolo**) e di medici e infermieri che realizzano sé stessi solo a servizio di una domanda di vita (**Bova**). Fino ad aver sgranato gli occhi ascoltando l'esperienza di don Carlo **Abbate**, che è stato vicino ad oltre seimila persone nell'incontro con il Destino in un *hospice* di Roma, testimoniando di non aver mai sentito nessuno chiedere la morte se accompagnato amorevolmente e nella condivisione a una Speranza.

Stupendoci nel riconoscere il mistero della vita (**Noia**) come dono di ogni istante, si svela la possibilità di quell'antropologia affrescata quel pomeriggio da don Gianni **Fusco**, per cui ogni circostanza, specie se fragile, è segno della vocazione di ogni persona ad essere guardata come assoluta. Sempre.

4. Di fronte all'ordinanza della Consulta, c'è consapevolezza che il Parlamento è chiamato allora a una scelta cruciale (**Giorgetti**)? Più precisamente, che lo stesso Parlamento ha il “diritto-dovere” di assumere delle iniziative (**Gasparri**)? Il lavoro delle associazioni, che continuerà l'11 settembre, ha formulato proposte precise contro l'eutanasia, perché riteniamo che la società italiana non debba essere indirizzata verso una antropologia che nega valore alla centralità di ogni persona in ogni momento e perché contestiamo radicalmente che il Servizio Sanitario Nazionale possa esser posto a servizio di una nuova *selezione* di fatto della popolazione, distinguendo fra chi meriterebbe o meno il costo delle prestazioni del sistema di *welfare*.

In particolare, questa prospettiva è l'intera proposta di legge n. 1888 a prima firma di Alessandro **Pagano**.

Tuttavia, sono state indicate anche possibilità sulla carta ampiamente condizionate, quali una adeguata valorizzazione delle cure palliative (**Castellone**), previste all'art. 2 della pdl Pagano, con la rimodulazione dell'art. 580 del Codice

penale (**De Filippo**), come si prevede all'art. 1 dello stesso Atto Camera 1888, che considera, sempre confermando l'aiuto al suicidio nel perimetro penale, particolari attenuanti dettate da legami personali.

Se le Camere si limitassero, dunque, ai primi due articoli della p.d.l. Pagano non entrerebbero affatto nel merito specifico di una disciplina sul fine-vita, ma determinerebbe egualmente la cessazione del procedimento davanti alla Corte costituzionale, rivendicando le prerogative esclusive del Parlamento come unico interlocutore sul livello legislativo della *sovranità popolare*. Sempre che quest'ultima interessi ancora alla classe politica.

5. Ringraziamo, fra gli altri, per aver consentito il seminario dell'11 luglio 2019 Sua Eminenza il Card. Agostino Vallini e Mons. Liberio Andreatta, nonché per aver realizzato il presente volume la casa editrice Cantagalli. Siamo particolarmente orgogliosi della **prefazione** di **Carlo Casini**, maestro di tanti fra noi, e della **postfazione** di **don Massimo Angelelli**, direttore dell'Ufficio nazionale della Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana, che ringraziamo per la discreta e puntuale attenzione che ci ha dedicato.

Il libro può essere letto ognuno seguendo un proprio ordine, magari dando un'occhiata preventiva all'indice, sebbene consigliamo vivamente di leggere integralmente innanzitutto la **prima parte**, contenente l'introduzione al tema e le splendide relazioni giuridica e scientifica, mentre il brillante dialogo con i parlamentari occupa la **seconda parte** e gli interventi si susseguono con vivacità nella **terza parte** per le lungimiranti conclusioni finali di Eugenia **Roccella**. Infine, nella **parte quarta** sono allegati alcuni documenti.

È uno strumento nato da un dialogo appassionato di ragioni. Speriamo sia utilizzato da ciascun lettore per aprire nuovi dialoghi, con chiunque. Come primo vero ed urgente servizio al bene comune.

PREFAZIONE

di Carlo Casini

Ho accolto con gioia l'invito a scrivere una breve riflessione per accompagnare questa pubblicazione che raccoglie gli interventi – numerosi, arricchenti, belli – di quanti hanno partecipato al Seminario «“Diritto” o “condanna” a morire per vite “inutili”?» che si è tenuto a Roma l'11 luglio scorso. Auspico che questi contenuti, divenuti un'opera agile, siano utili a sostenere e aiutare il giudizio di tutti.

Ho dedicato la mia vita alla difesa della vita umana e mi sono convinto che nelle periferie più estreme dell'esistenza – la vita nascente, sofferente e morente – si gioca, oggi, il grande epocale confronto tra speranza e pessimismo, tra personalismo e materialismo, giustizia e ingiustizia. Ed è proprio qui che, nella nostra epoca, il pensiero dell'uomo tradisce la *verità* in una forma tanto generalizzata da indossare il mantello della legalità, falsificando gli stessi diritti dell'uomo. È la pretesa di rendere giuridicamente lecito il cagionare la morte, suprema sopraffazione dell'uomo sull'uomo, abominio del nostro tempo!

Sono molte, purtroppo, le terribili aggressioni all'uomo, ma non ne viene rivendicata la legittimità al punto da propagandare la morte volutamente cagionata come “conquista”, “civiltà”, “progresso”, “diritto” da garantirsi addirittura da parte dei servizi sociali e sanitari.

Non devono meravigliare le spinte e le pressioni a favore del suicidio assistito e dell'eutanasia, perché esse sono il frutto di quella cultura che rifiuta di guardare e accogliere la vita nella sua più nuda umanità, quando dal nulla compare all'esistenza nel concepimento. Lo sguardo sull'inizio della vita e il conseguente riconoscimento del concepito come *uno di noi*, fa acquistare occhi nuovi per vedere meglio ogni altra frontiera dove l'uomo è disprezzato, vilipeso, emarginato, negato: dove occorre avere più coraggio per esprimergli solidarietà concreta.

Questo nostro tempo è il tempo in cui ci è data la straordinaria occasione di riflettere a fondo – e una volta per tutte – sulla dignità dell'uomo, sulle sue esigenze, sul senso della sua vita. E quando si trovano soluzioni degne dell'uomo anche in situazioni difficili si ottiene uno sguardo più chiaro sul valore e la dignità, sul senso e sullo scopo della vita umana.

Nella comunità degli uomini alcuni hanno responsabilità speciali. Ecco che il servizio alla vita riguarda anche la politica, oggi intristita da interessi particolari

e protagonisti: è necessario, fondamentale direi, che la politica senza remore, titubanze, timidezza o timori, si occupi con forza e slancio della difesa della vita umana soprattutto per quanto riguarda la «moltitudine di bambini cui viene impedito di nascere» e l'esistenza «degli anziani e dei malati uccisi dall'indifferenza o da una presunta pietà» (Giovanni Paolo II, nella preghiera a Maria aurora del mondo nuovo, in conclusione dell'*Evangelium Vitae*).

La vita è un Dono, ma è un dono grande anche essere chiamati a proclamare e promuoverne il valore, un dono che rende più arditi oltre ogni personale insufficienza, limite o colpa.

Grazie per il vostro impegno, il vostro entusiasmo, il vostro lavoro.

DA UN'INTERVISTA A DAME CICELY SAUNDERS, FONDATRICE DEGLI HOSPICE

Thames Television, 1983

Giornalista: “Dame Cicely cosa pensa dell’eutanasia e della possibilità di dire a qualcuno: una volta che ho raggiunto un certo stadio della mia vita, voglio che tu mi aiuti a farla finita”.

Dame Cicely: “Penso che quando si comincia a parlare di modalità per abbreviare deliberatamente la vita si entra in un terreno davvero molto pericoloso. Penso che parte della risposta sia legata alla possibilità di dire alle persone: guarda, non dovrai soffrire un dolore che non può essere controllato, non diventerai meno di quello che sei a causa del trattamento che ti daremo. Puoi essere te stesso. Ma l’eutanasia è qualcosa che ha origine nella paura. E penso che molto del lavoro svolto dai geriatri e negli Hospice, ha dimostrato che si tratta veramente di una paura infondata. Ma il vero pericolo non è solo che l’eutanasia aumenterebbe la paura, se uno parlasse della necessità di introdurre una legge a proposito, ma soprattutto toglierebbe la terra sotto i piedi a un gran numero di persone vulnerabili, che molto facilmente penserebbero – Ho il diritto di abbreviare la mia vita, e dunque ora ho il dovere di farlo, perché sono un peso per gli altri, e la mia vita come parte della società è ormai priva di valore –. Sono davvero convinta che dobbiamo dire alle persone che hanno un valore perché ci sono, e che avranno un valore fino all’ultimo istante della loro vita. E che faremo di tutto per rendere la loro vita quanto migliore possibile. Non voglio dire che non ci siano situazioni molto difficili. E non voglio stare seduta qui a giudicare qualcuno che ha scelto di morire. Ma quello che continuiamo a vedere, più e più volte, è che il momento del fine vita può essere un’occasione fantastica per le famiglie ed i loro cari. E cosa si sarebbero persi se avessero rinunciato a quella occasione, invece di tener duro, per così dire, e scoprire quello che c’è da scoprire”.

Giornalista: “Con l’atteggiamento che ha, Dame Cicely, come affronta la sua morte?”

Dame Cicely: “Non so se ho molta fiducia in me stessa. Ma ho fiducia nelle persone intorno a me. E credo che al giorno d’oggi ovunque sarò, in un comune ospedale, a casa con il mio medico di famiglia, o magari in un Hospice, ci saranno persone pronte ad aiutare. Penso che uno impara pian piano a morire

attraverso tutte le altre privazioni che deve affrontare nella vita. Quelle piccole – non sono più in grado di cantare un si bemolle – e quelle grandi. C'è qualcosa da guadagnare e da dare, in qualunque luogo e circostanza. La morte è parte di questo. E dopotutto ho fiducia di quel Dio a cui affiderò la mia vita”.

Giornalista: “Grazie mille, Dame Cicely, per aver parlato così oggi”.

INTRODUZIONE

DALL'11 LUGLIO ALL'11 SETTEMBRE: NON STAREMO SILENTI CONTRO LA VERA LIBERTÀ E LA SOLIDARIETÀ!

di Alberto Maria Gambino

Prorettore Università Europea di Roma; Presidente Associazione Scienza & Vita;
Delegato del tavolo di lavoro fra associazioni "Vita e famiglia"
che si riunisce presso la Conferenza Episcopale Italiana

È probabile che dal 24 settembre avremo l'eutanasia in Italia attraverso una sentenza della Corte costituzionale, a meno che il Parlamento, nei prossimi giorni, formuli una proposta di legge per giustificare un supplemento di riflessione.

Tocca fare un passo indietro e tornare al caso di dj. Fabo, tetraplegico sofferente che voleva morire. Egli poteva seguire il percorso dell'attuale legge italiana, essendo in grado di esprimersi. La nostra legge prevede la possibilità di interrompere terapie e sostegni vitali e comunque, poi, di essere accudito fino alla fine anche con le cure palliative.

Invece, con i radicali al suo fianco, ha scelto di recarsi in Svizzera e sottoporsi alla pratica del suicidio assistito con la somministrazione di un farmaco letale. Marco Cappato, l'esponente radicale che lo ha accompagnato è stato conseguentemente accusato del reato di aiuto al suicidio.

Il caso è arrivato fino alla Corte costituzionale, che con una procedura davvero unica, ha scritto un'ordinanza in cui si è detta favorevole a non configurare in questa vicenda alcun reato, invitando il Parlamento a legiferare in proposito.

La Corte, dunque, ha dato 10 mesi al Parlamento per fare una legge dicendo: *"Ci rivediamo il 24 settembre 2019: se una legge non ci sarà, allora depenalizzeremo noi, con una sentenza, le pratiche suicidarie/eutanasiche"*.

Ma l'eutanasia annienta la solidarietà umana, perché azzerava la libertà che ciascun essere umano ha di fare del bene all'altro.

Perché eutanasia vuol dire "armare" qualcuno di un diritto autodistruttivo e per di più da gestire proprio quando si è ammalati, e si versa in una situazione di vulnerabilità.

Il diritto all'eutanasia mina alla base in maniera irreversibile le relazioni umane e la solidarietà.

“Io voglio essere ucciso”: se la richiesta diventa diritto, l’altro non può fare nulla, viene coattivamente impedita la solidarietà di chi vorrebbe dirti: “Aspetta, andiamo avanti facciamo un pezzo di strada insieme”

Soprattutto, l’eutanasia apre a un orizzonte di scelte di morire che, in tutti i paesi che l’hanno recepita, è finito per diventare una prassi praticamente abituale davanti a certe patologie.

Non dimentichiamoci infatti che le norme incidono sulla cultura e le abitudini dei cittadini, facendo diventare regole sociali ciò che si è concretamente previsto per disciplinare un caso estremo.

E che siano casi estremi lo dimostra il fatto che negli ospedali italiani, davanti a situazioni inguaribili, si chiedano soprattutto più cure e terapie, non meno.

Se cambia la prospettiva in forza di una sentenza, che, nel caso della Corte costituzionale, avrebbe forza di legge, si finisce per accompagnare verso l’esito finale proprio le persone più sole e più deboli.

Ecco allora l’esigenza che il Parlamento provi ad affrontare il tema in un’ottica diversa da quella di introdurre in Italia l’eutanasia, faccia almeno una proposta di legge per giustificare un supplemento di riflessione.

Chiediamo al sottosegretario Giorgetti, noto per la sua sensibilità umana e istituzionale, di farsi ambasciatore della richiesta.

Il Parlamento, in leale e doverosa collaborazione con gli altri organi costituzionali dello Stato, non può rimanere silente! Altrimenti la Corte, come ha già detto, il 24 settembre introdurrà l’eutanasia in Italia.

E sarebbe davvero imperdonabile per quanto siedono nelle istituzioni e hanno a cuore che la morte su richiesta non estri negli ospedali italiani.

Ci diamo perciò appuntamento tra due mesi, l’11 settembre prossimo, per un’assemblea di riflessione sul tema, così da valutare se saranno stati fatti passi decisivi ed eventualmente manifestare la nostra posizione a favore della vita e contro l’eutanasia in vista della decisione della Consulta.

SALUTO

CHIAMATI A UNA SCELTA CRUCIALE!

di Giancarlo Giorgetti

Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio

Se oggi ho ritenuto di accogliere l'invito che un gruppo di voi, coordinati dall'on. Menorello, mi hanno rivolto non è solo per la stima sincera che nutro nei vs confronti, delle associazioni che rappresentate e del ruolo insostituibile che esse svolgono. E neanche per la sintonia ideale che sul piano personale non ho mai nascosto per le ragioni della "vita" e della "famiglia": non dimentico nella mia vita politica momenti entusiasmanti quali quelli della partecipazione ai Family Day, o dell'appartenenza a schieramenti che in anni passati hanno conseguito risultati importanti, come la legge sulla fecondazione artificiale.

Vi è questo, ma vi è altro. Il Parlamento è chiamato a una scelta su un tema cruciale, non solo in Italia, come attesta quel che è accaduto, proprio in queste ore, in Francia col caso Lambert, o un anno fa in UK, per il piccolo Alfie Evans. Un tema che appassiona e divide, che intimorisce e responsabilizza, che coinvolge principi fondanti ma costringe a fare i conti con singole tragiche vicende: e quindi – per tutto questo – esige il massimo di equilibrio e di ponderazione.

L'ordinanza 207/2018 è una decisione della Corte costituzionale successiva alla formazione del Governo, che Camera e Senato non possono ignorare.

Come è scritto nel provvedimento della Consulta, la mancata risposta del Parlamento alle sue sollecitazioni condurrebbe alla formale declaratoria di illegittimità dell'art. 580 del Codice penale, nella parte in cui punisce l'aiuto al suicidio. Ma non lo può ignorare nemmeno il Governo: l'ordinanza 207 tratta ampiamente delle cure palliative, e le individua quale presupposto/alternativa di qualsiasi trattamento di fine vita. Purtroppo, nonostante siano disciplinate da una legge risalente a quasi un decennio fa (la legge n. 38/2010), esse hanno avuto scarsa diffusione a causa di un sostegno finanziario carente, che ha comportato tra gli effetti negativi la presenza di un numero di professionisti specializzati inferiore alle esigenze. È un terreno sul quale l'impegno di spesa va moltiplicato, reperendo le risorse necessarie; E questo interpella anzitutto l'Esecutivo di cui faccio parte.

Non sta a me prospettare soluzioni normative, mentre la discussione è avviata alla Camera, e col Governo che finora si è rimesso alla volontà del Parlamento.

Assicuro tuttavia che farò tesoro dei vostri lavori di oggi, augurandomi che gli atti vengano pubblicati. Quando sono in gioco – come accade con eutanasia e aiuto al suicidio – una questione cardinale quale la difficile individuazione della linea di confine fra la vita e la morte e altre questioni importanti quali il dolore dei pazienti, il disagio delle loro famiglie, il ruolo dei medici e del personale sanitario e più in generale il complicato equilibrio tra le istituzioni, bisogna essere presenti e superare ogni difficoltà, inclusa quella relativa al mancato inserimento di punti di vista specifici nel patto che sostiene l'attuale Governo.

Prendersi carico di tali questioni significa anzitutto approfondirle in ogni loro sfaccettatura.

È quello che voi state facendo oggi, e per questo vi ascolterò con attenzione.

SALUTO

VOGLIAMO RIMANERE PROFESSIONISTI DELLA VITA!

di Filippo Anelli

Presidente della Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

È iniziato nel nostro paese un dibattito sul fine vita, legato però a questa ordinanza della Corte costituzionale che prova a coinvolgere la professione medica. Noi siamo rimasti un po' spiazzati quando abbiamo letto che uno dei "rimedi" al dolore poteva essere la morte, cioè il suicidio.

Perché siamo rimasti perplessi e sconcertati? Il nostro codice deontologico prevede un divieto di mettere in atto strumenti che favoriscono la morte. Lo diceva Ippocrate nel 400 a. C., questo divieto da sempre è stato presente nell'esercizio della professione. Anche nel codice attuale il divieto è esplicito.

Come medici facciamo un ragionamento che non è ideologico, ma è un ragionamento pratico, legato a quello che ogni giorno facciamo. Noi abbiamo sempre considerato la malattia un male, e la morte il nemico da abbattere, tant'è che tutte le statistiche, tutte le varie ricerche dicono e parlano della sopravvivenza, dell'allungamento della vita, il che significa che un obiettivo della professione è quello di allungare la vita. Siamo perplessi quando consideriamo che la morte possa essere considerata uno strumento per alleviare la sofferenza. Nel momento in cui il rispetto della dignità entra in una dimensione così profonda, al punto da non accettare le cure del medico, in questo caso si potrebbe porre in qualche maniera un limite al dolore, ad esempio con tutte le pratiche palliative e la sedazione profonda, che oggi è in grado di risolvere il problema della sofferenza.

Ho fatto presente sia in Parlamento che all'interno della consulta nazionale di bioetica che non è giusto riversare sulla professione medica un carico così pesante, anche facendo presente come l'ipotesi del suicidio assistito non debba avvenire necessariamente all'interno delle strutture sanitarie, che oggi sono dedite alla tutela della vita. Si possono trovare altre soluzioni che non coinvolgono una modifica del nostro modo di essere medici a cui noi non vogliamo rinunciare.

Noi vogliamo essere i professionisti che sono attenti al rispetto della dignità della persona, che vogliono e che considerano la malattia un male e che vogliono allungare la vita.

Quindi, se la società civile dovesse decidere di approvare una legge eutanasi-
ca, noi chiediamo il rispetto delle nostre convinzioni, chiediamo sia riconosciu-
ta l'obiezione di coscienza, perché credo che questo modo di operare da parte
dei professionisti della salute – qualcuno dice “professionisti della vita” – debba
essere tutelato. Perché quando ci sono state le leggi razziali in questo nostro
continente e la medicina è stata strumentalmente messa a disposizione rispetto
a posizioni di carattere ideologico il diritto alla vita è stato stracciato e abbiamo
vissuto uno dei momenti più difficili della nostra era.

Quindi la professione vuole continuare ad essere quello che è oggi!

RELAZIONE

IL PROBLEMA POSTO DALL'ORDINANZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 207/2018, NEI SUOI PROFILI GIURIDICI ED ISTITUZIONALI

di Alfredo Mantovano

Magistrato; Vicepresidente del Centro Studi Livatino

Ringrazio molto l'on Domenico Menorello per questa coraggiosa e importante iniziativa e tutti voi per la vostra attenzione. Saluto il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio on. Giancarlo Giorgetti e i parlamentari presenti.

Essendo un giudice, non toccherò profili medici o scientifici, sui quali si intratteranno la prof.ssa Assuntina Morresi, e molti degli interventi programmati. Mi soffermerò sui problemi di rilievo strettamente giuridico che pone l'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/18. Lo farò in modo sintetico, per rispettare i tempi, e con un tratto di stretta adesione al diritto positivo; mi consentirete di rinviare per una trattazione più ampia e approfondita al volume *Il "diritto" di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, edito da Giappichelli e curato dal prof. Mauro Ronco e dal Centro studi Livatino¹.

1. Anche i non addetti ai lavori sanno che quando una norma di legge viene sottoposta all'esame della Corte costituzionale, l'esito è l'inammissibilità se la questione sollevata non è stata correttamente impostata dal giudice, per esempio la norma impugnata non ha rilievo nel giudizio ordinario; il rigetto, se essa non viene valutata contraria alla Costituzione; l'accoglimento, se l'eccezione è ritenuta fondata, con conseguente declaratoria di illegittimità; la pronuncia interpretativa di rigetto, se la norma è ritenuta legittima a condizione che sia

¹ Il volume per un verso completa e rende organico un lavoro avviato da tempo sul tema dal Centri Studi Livatino con numerosi workshop e con l'atto di intervento nel giudizio costituzionale nel quale è stata emessa l'ordinanza n. 207; per altro verso non si accontenta della mera lettura, se pur accompagnata dal richiamo ermeneutico delle Corti nazionali e delle Corti europee, delle norme interessate, e della verifica della loro adeguatezza rispetto a pretese innovazioni sanitarie. Va oltre, nella ricerca delle radici ideologiche della disponibilità della vita umana e della c.d. autodeterminazione. Ricostruisce così il filo ideologico e in senso lato culturale che lega il darwinismo ottocentesco, l'eugenismo del XX secolo, alla base di regimi e prassi totalitari, e l'attuale collocazione dei confini alla vita alla stregua di una pretesa "qualità" della vita stessa.

interpretata in modo diverso da quanto fatto dal giudice che ha rimesso la questione alla Corte.

Per la prima volta da quando esiste la Corte costituzionale, l'ordinanza n. 207/2018, nel disegnare i profili di una presumibile illegittimità dell'art. 580 Codice penale, nella parte in cui punisce l'agevolazione al suicidio, non perviene alla declaratoria di incostituzionalità: la differisce alla propria udienza del prossimo 24 settembre 2019, sollecitando il Parlamento perché – per evitarla – vari una legge che recepisca le indicazioni della Corte medesima. Con tutto il rispetto per la Consulta, ho qualche dubbio che assegnare al Parlamento i compiti da svolgere, e financo il tempo entro cui svolgerli, realizzi quella “leale e dialettica collaborazione istituzionale” (§ 11 del provvedimento) cui pure la Corte afferma di ispirarsi. Evito qualsiasi chiosa al fatto che la forma per la quale la Consulta ha optato sia quella di una ordinanza di rinvio, cioè di un provvedimento per il quale in genere è sufficiente una motivazione telegrafica: l'ordinanza n. 207 si estenda invece per pagine e pagine, assumendo la struttura, l'articolazione e la sostanza di una sentenza di illegittimità, se pure a effetto procrastinato. Nella Relazione sull'attività svolta nel 2018² il Presidente della Corte Giorgio Lattanzi ha qualificato la decisione con l'espressione, del tutto nuova, di “illegittimità prospettata”: l'aggettivo “prospettata” proietta a breve la pronuncia definitiva, il sostantivo “illegittimità” non ha bisogno di specificazioni.

2. Nelle leggi e nelle sentenze la forma è sostanza. Vorrei però lasciare a margine i profili formali e concentrarmi sui contenuti. Il primo dato che emerge è l'oggettiva incoerenza fra la prima e la seconda parte della motivazione dell'ordinanza 207. Nella prima parte, in particolare al § 6, è scritto che “l'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere”. Si aggiunge che “il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di

² Roma, Palazzo della Consulta, 21 marzo 2019.

cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.).”

Trovo difficile, alla stregua della chiarezza di queste affermazioni, conciliarne il contenuto col seguente passaggio, nel quale ci si imbatte al § 10: “una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale, ma anche attraverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta (...)”.

3. Una contraddizione così significativa non può essere ignorata, anzitutto dal Parlamento, che è chiamato a una scelta netta: o la solidarietà nei confronti di chi si trova in una condizione di debolezza, e quindi ha necessità di sostegno per affrontare quella situazione (assistenza domiciliare, hospice, cure palliative...), come indicano la prima e per certi aspetti l'ultima parte dell'ordinanza. Oppure l'aiuto a trovare la morte, facendo sì che una sostanza somministrata costituisca il solo seguito a una richiesta di aiuto spesso disperata di chi versa in quella situazione, e questo orienta la seconda parte dell'ordinanza e larga parte delle proposte di legge incardinate davanti alle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali della Camera dei deputati.

Credo che si possa venire a capo del dilemma se ci si ferma su un aspetto centrale dell'ordinanza. Sia la Corte costituzionale che più d'una delle proposte di legge presentate in materia di eutanasia pongono in correlazione l'autodeterminazione del paziente con la dignità umana: al § 9 dell'ordinanza n. 207 si sostiene che la limitazione dell'autodeterminazione comporterebbe una lesione della dignità. E nelle proposte di legge questo nesso viene inserito o nel primo articolo o nella relazione.

L'autodeterminazione è molto importante nella vita di ciascuno di noi, ma non è senza limiti. I limiti sono identificabili nel rispetto dell'altro (non spingerei la mia autodeterminazione al punto da togliere la parola alla prof.ssa Morresi se per assurdo dissentissi da lei), ma pure nella natura non disponibile del bene: per un lavoratore dipendente le ferie sono indisponibili, non può rinunciarvi, e

quindi sul loro obbligatorio godimento non ci si può autodeterminare (la vita dell'uomo fino a non molto tempo fa era ritenuta bene non disponibile).

Non è così per la dignità dell'uomo: essa non conosce limiti né condizioni. Il condannato per i crimini più orrendi non perde la dignità di uomo, qualunque cosa abbia fatto, mentre è fortemente limitata la sua autodeterminazione a vivere libero. Quando l'art. 27 co. 3 della Costituzione sancisce che "le pene (tutte, anche l'ergastolo) non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato", sottolinea esattamente quest'aspetto, che da parte della Corte di Cassazione ha trovato applicazione perfino nei confronti di Totò Riina e del suo trattamento penitenziario. La dignità di un uomo è di tale rilievo che sopravvive alla morte, tant'è che fonda la *pietas* che riserviamo ai nostri defunti.

Parlamento o Corte costituzionale intendono introdurre il suicidio medicalizzato nel Servizio Sanitario Nazionale? Lo facciano in nome non della dignità, se il riferimento è il rispetto della volontà di morte del paziente, bensì di una autodeterminazione spinta all'estremo. E sarà interessante capire come Camera e Senato affronteranno il tema sottolineato dalla stessa Corte costituzionale: la quale ha comunque messo in guardia sul fatto che l'autodeterminazione – il consenso – nei casi di persone con gravi patologie è fortemente condizionata da situazione di debolezza. Bisognerà spiegare come sia possibile che se io acquisto un appartamento trovandomi in una condizione di volontà indebolita e condizionata, posso impugnare e risolvere il contratto di compravendita. Un atto che determina la cessazione della vita invece sarebbe immediatamente operativo.

La strada dell'autodeterminazione va poi intrapresa avendo una consapevolezza: l'autodeterminazione sarà il punto di partenza, ma non sarà il punto di arrivo. Il punto di arrivo, come insegnano le esperienze di altre nazioni, sarà la tenuta del welfare. In Belgio e in Olanda da tempo si registrano interventi eutanasi praticati a prescindere dal consenso, sulla base di giudizi personali da parte dei medici relativi alla sofferenza presunta di chi non può dare il suo consenso, e di scelte di priorità del SSN nel trattamento dei pazienti e nell'allocazione delle risorse. Alfie Evans non aveva espresso alcuna volontà eutanasi o suicidiaria, e i suoi genitori, legittimati più di altri a interloquire sulla sua sorte, avevano chiesto la possibilità di curarlo, anche a loro spese, anche in un altro Paese. Sappiamo come è andata a finire. Non so se tranquillizzi la prospettiva che un giudice decida della vita o della morte di una persona per esigenze di bilancio.

4. I nodi problematici sono tanti. Accenno a quelli più significativi. In più d'una proposta di legge l'aiuto al suicidio viene ricompreso nella categoria dei "trattamenti sanitari". Non è un mero problema definitorio: se l'aiuto al suicidio

è qualificato “trattamento sanitario”, è del tutto logico che quel che serve per realizzarlo sia fatto rientrare nel Servizio sanitario nazionale, addirittura nei Livelli essenziali di assistenza, come stabilisce più d’una proposta. Il problema non è l’esito, bensì la qualifica. Trattamenti sanitari sono per definizione quell’insieme di terapie e di interventi finalizzati al beneficio del paziente: se non alla sua guarigione, quanto meno alla attenuazione del suo dolore. Qualificare la procedura suicidaria in termini di trattamento sanitario costituisce un mutamento radicale di prospettiva.

È tanto vero che nell’espressione trattamenti sanitari non rientri l’aiuto al suicidio che a colui che è il titolare dei trattamenti sanitari, cioè al medico, viene riconosciuta l’obiezione di coscienza allorché gli si chiedi di aiutare il paziente a suicidarsi. Nell’ordinanza n. 207/2018 la Consulta spiega che deve prevedersi, nell’“eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura”: se fosse un trattamento sanitario, in quanto tale coerente col codice deontologico del medico, perché riconoscere al medico il diritto di obiezione?

Ancora sull’uso di espressioni rischiose, molte delle proposte in discussione parlano di “prognosi infausta” quale presupposto dell’atto eutanasi. Talora la associano a una previsione temporale di morte, entro 18 mesi per esempio. Talaltra a ulteriori definizioni, altrettanto generiche, per esempio “inarrestabile evoluzione” della patologia. Chiedo: se a un paziente viene riscontrata una patologia tumorale, quale medico attesterà una prognosi “fausta”? Quale professionista azzarderà in scienza e coscienza una previsione temporale attendibile? Quanti casi si riscontrano di pazienti che reagiscono bene a una chemioterapia, sì da dare alla “prognosi infausta” una prospettiva temporale lunga, non calcolabile come tale nel momento in cui veniva formulata la prima volta? E perché non mettere in conto che il progresso farmacologico individua chemioterapici sempre più efficaci e con minori effetti collaterali?

5. Qualche considerazione conclusiva sulla risposta che il Parlamento è chiamato a dare rispetto alle sollecitazioni della Consulta: c’è qualche strada praticabile per evitare il giudizio di incostituzionalità dell’art. 580 c.p., e per rispondere alle sollecitazioni della Consulta senza negare la tutela della vita?

Confesso che avrei auspicato che le Camere avessero approvato un documento per rivendicare le prerogative del Parlamento. Per dire in sostanza: ognuno faccia il suo; ognuno svolga i propri compiti assumendo le proprie responsabilità; se le Camere finora non hanno modificato l’art. 580 cod. pen. può anche non dipendere da noncuranza: può dipendere dalla condivisione di quella di-

sposizione. E comunque ogni cambiamento avviene nei tempi individuati dalla discrezionalità del Parlamento, non in quelli imposti da altri. Una tale presa di posizione avrebbe avviato una dialettica non da poco sui limiti dell'intervento della Consulta e sul ruolo delle Camere, con sviluppi difficilmente prevedibili (la Corte costituzionale è giudice anche dei conflitti di attribuzione, e in questo caso sarebbe stata essa stessa parte di un eventuale conflitto con le Camere).

Ma una determinazione di questo tipo non vi è stata, né si colgono i presupposti perché vi sia. Per cui adesso l'unico dato sicuro è che se il Parlamento non fa nulla la Consulta chiuderà il cerchio: il Presidente della Corte Lattanzi lo ha confermato in una intervista a La Stampa del 12 giugno scorso. Sarebbe opportuno che questo dato di realtà sia ben presente e chiaro a tutti. Chi oggi, partendo dal condivisibile presupposto della necessità di un tempo maggiore per approfondire questioni obiettivamente complesse, prospetta una richiesta di rinvio alla Consulta, trascura di considerare che il giudizio di costituzionalità è, per l'appunto, un giudizio; come in qualsiasi giudizio, le richieste possono essere formulate esclusivamente dalle parti del giudizio medesimo, non da terzi estranei. Un soggetto legittimato a farlo è l'Avvocatura dello Stato, che costituendosi ha domandato il rigetto della questione di legittimità dell'art. 580 del Codice penale: l'Avvocatura dello Stato potrebbe però avanzare l'istanza di rinvio solo se a ciò delegata dal Governo, che essa rappresenta, e non pare che l'Esecutivo intenda prendere posizione sulla vicenda. La richiesta di rinvio, oltre a essere proposta da una parte processuale – che allo stato non si capisce chi possa essere –, va pure motivata: è lecito dubitare che la necessità di avere più tempo costituisca una ragione accettabile nell'ottica – condivisibile o meno – della Corte, che ben potrebbe rispondere di avere quel tempo già riconosciuto allorché ha, se pure inopinatamente, assegnato al Parlamento dieci mesi per provvedere.

6. La Camera ha optato per il percorso della risposta legislativa. Un primo seguito va dato alla sollecitazione della Corte costituzionale di “considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio *a quo*: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali”. Non sono affezionato a questa o quella modifica legislativa; condivido però la necessità, sottolineata nel suo intervento dal prof. Alberto Gambino, di “disinnescare” il *dictum* della Consulta. Parlando in questi mesi con parlamentari di varie forze politiche aderenti all'Intergruppo su “vita e famiglia” è emersa come ipotesi di lavoro la distinzione fra la posizione di chi non ha alcun legame col paziente e

coloro che invece da più tempo soffrono col paziente in virtù della costante vicinanza a lui. La posizione del convivente, familiare in senso formale oppure no, è evidentemente diversa da quella di altri, e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell'ordinamento su ogni condotta di aiuto al suicidio. Nessuna depenalizzazione, dunque; ma nemmeno mettere sullo stesso piano la posizione di chi dirige una "clinica exit" e di chi per anni ogni notte ha ascoltato con dolore le grida di disperazione del familiare gravemente ammalato: il sistema penale adegua le sanzioni alla diversità dei casi concreti, fermo restando il mantenimento del profilo di illiceità di tutti.

È la stessa Consulta che nell'ordinanza n. 207 citata ricorda – nell'ambito del § 6 prima menzionato – come "la circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una *relatio ad alteros* di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita." Alla stregua di tali premesse, quel che emerge in particolare da una delle proposte di legge presentate (quella che reca come prima la firma dell'on Alessandro Pagano, Atto Camera n. 1888) è una forma attenuata del reato di cui all'art. 580 cod. pen., che individui quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, precisando tipologie di condizioni che rendono meno grave l'illecito, a cominciare dal turbamento determinato dalla sofferenza altrui che interessa l'autore del fatto. A chi boccia un'ipotesi del genere addirittura come "immorale" ricordo che da sempre nel nostro ordinamento provocare la morte a una persona è sanzionato in modo differente a seconda di contesti oggettivi. Nessuno ha mai posto obiezioni – né ha evocato la morale – per il fatto che l'infanticidio o l'omicidio del consenziente siano puniti in modo meno grave rispetto all'omicidio: forse che l'infante o il consenziente siano esseri umani di seconda fascia? Assolutamente no, sono diverse le circostanze concrete; e hanno un peso sul piano sanzionatorio.

A chi ritiene preferibile che la Corte costituzionale assuma le proprie responsabilità, in assenza di un intervento del Parlamento, è agevole rispondere che anche il Parlamento ha la sua parte di responsabilità allorché è stato espressamente e formalmente sollecitato dalla Consulta. Attendere inermi il completamento dell'opera da parte di quest'ultima equivale di fatto a rassegnarsi alla cancellazione di una norma – la seconda parte dell'art. 580 cod. pen. – che pure costituisce un presidio a tutela della vita.

7. Va aggiunto che con l'ordinanza n. 207 la Corte costituzionale conclude – al § 10 – che “dovrebbe essere valutata (...) l'esigenza di adottare opportune cautele affinché – anche nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”. La nuova disciplina dovrebbe rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come è già previsto dall'art. 2 della legge n. 219/2017 e come è richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale al fine di praticare un'appropriata terapia del dolore. Dico questo non per apprezzare la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento, che costituisce l'antecedente logico dell'ordinanza 207, ma almeno per tener conto del quadro normativo esistente.

Taluno obietta che le cure palliative esistono da quasi un decennio e non hanno risparmiato casi di pazienti con sofferenze intollerabili. Questa obiezione non tiene conto che la legge n. 38/2010 è stata poco sostenuta finanziariamente, e ancor di meno applicata: manca allo stato la prova di ciò che accada qualora una seria e diffusa terapia del dolore costituisca la risposta a tante sofferenze. Se la causa della disperazione è l'intollerabilità del dolore, il piano di intervento non è l'uccisione di un essere umano, ma è lo sforzo di lenire quel dolore, per quanto possibile. La legge n. 38/2010 va in questa direzione: va applicata, recuperando risorse e professionalità adeguate.

8. Mi rendo conto che una risposta legislativa che valorizzi questi due aspetti non è del tutto coerente con le indicazioni conclusive della Consulta, ma – posto che l'ordinanza della Consulta ha in sé, come si è visto, elementi contraddittori – una scelta del Parlamento che vada in questa direzione avrebbe certamente una sua propria coerenza.

E sarebbe una risposta in linea col carattere generale e astratto proprio della legge. Quel che dal punto di vista sistematico sorprende nell'ordinanza n. 207 è che – mentre il giudizio di costituzionalità ha per oggetto la norma impugnata, e consiste nel confronto fra essa e la Costituzione – essa (l'ordinanza) dedichi

uno spazio molto esteso e dettagliato al caso drammatico che ha originato la questione di legittimità, auspicandone una soluzione.

Ma una norma – o una sentenza che produca effetti normativi – non è un abito costruito su misura dell'imputato nel giudizio dal quale è stata sollevata l'eccezione, quasi costituisca una legge ad personam, ovvero dei tanti casi concreti che la vita può riservare. È illusorio pensare che l'articolo di una legge, per quanto ben scritto, riesca a prevedere la molteplicità delle fattispecie che la realtà ogni giorno prospetta. È una illusione in sé, ed è una illusione per la materia della quale ci occupiamo: che non ha come soggetti soltanto da un lato il Parlamento, e dall'altro il paziente affetto da gravi patologie. In mezzo, fra l'uno e l'altro, c'è il medico, ci sono la sua professionalità, la sua coscienza, il suo codice deontologico. Se proprio va male e si attiva un contenzioso, c'è pure il giudice. La norma si inserisce in una realtà complessa, non va in automatico.

Spero che il Parlamento, che ha avuto il merito nelle ultime settimane di fare molte audizioni, e quindi di ascoltare molto, risolva le anomalie di una vicenda che va riportata alla linearità dei fondamenti della Costituzione.

Spero anche, se mi è consentita in conclusione una digressione rispetto a riflessioni fin qui esclusivamente giuridiche, che coloro che in Italia hanno sensibilità per i temi della vita e del dolore facciano sentire la loro voce, e se necessario la loro voce la alzino. Troppe leggi sono state approvate di recente – penso a quella sulle Dat – perché chi le ha volute ha confidato sull'assenza di significative opposizioni; o perché – penso a quella sulle unioni civili – l'opposizione era numerosa in piazza, ma non si coglieva fra le guide. La voce va fatta sentire, comunque vada, anche oltre il 24 settembre, confidando anzi che prenda finalmente l'avvio una grande campagna culturale e di mobilitazione perché nessuna vita sia mai considerata uno "scarto".

La giornata di oggi può essere importante se, attraverso tutti noi, riuscirà a trasmettere il messaggio che la nostra gioia di affermare le ragioni della vita non intende suicidarsi.

RELAZIONE

PROFILI ESISTENZIALI ED ETICI DELLA LEGALIZZAZIONE DELL'EUTANASIA PAVENTATA DALL'ORDINANZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE 297/2018

di Assuntina Morresi

Università di Perugia, Comitato Nazionale per la Bioetica

Cosa accadrebbe in Italia se l'aiuto al suicidio fosse depenalizzato? Lo possiamo capire vedendo cosa è successo nei paesi dove sono in vigore leggi eutanasiche, intendendo con questa espressione le norme che consentono sia eutanasia che il suicidio assistito.

Il mio contributo non può essere approfondito come meriterebbe un'analisi di questo tipo: visti i tempi a disposizione, possiamo solamente tracciare un breve quadro sintetico della situazione attuale, con alcuni esempi concreti, a scopo esplicativo.

In Europa i paesi con norme eutanasiche sono Olanda, Belgio, Lussemburgo e Svizzera, a cui si aggiungono il Canada e, negli Usa, dieci giurisdizioni (Oregon, Washington, il Distretto della Columbia, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawaii, New Jersey, Maine). In Australia, infine, lo stato di Victoria è il primo a legalizzare eutanasia e suicidio assistito, dal 19 giugno di quest'anno.

Sono necessarie innanzitutto due premesse.

La prima è che la distinzione fra suicidio assistito ed eutanasia è sostanzialmente irrilevante: procurare la morte su richiesta iniettando un farmaco, o offrendolo sciolto in un bicchiere, non cambia la natura dell'atto in sé. A conferma, nelle ultime leggi approvate si parla di "Assistenza medica nel morire – Medical assistance in dying" (Canada) e "Morte volontaria assistita – Voluntary Assisted Dying" (Victoria).

La seconda premessa riguarda la definizione di eutanasia, che nel tempo è cambiata: in generale, nella letteratura dedicata non troviamo più l'aspetto della intenzionalità dell'atto eutanasiaco, e inoltre i sostegni vitali come alimentazione e idratazione artificiale sono sempre considerati trattamenti sanitari, per i quali si richiede il consenso del paziente. Di conseguenza, la non somministrazione e l'interruzione dei trattamenti, e anche di sostegni vitali, non rientrano mai negli

atti eutanasi, perché in linea di principio non hanno la finalità diretta di far morire la persona interessata, ma restano confinati nell'ambito del rifiuto (non inizio) e della rinuncia (sospensione) delle cure.

In altre parole, dalla definizione di eutanasia come “un'azione od omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati”³), arrivando, ad esempio, a quella canadese secondo cui l'assistenza medica nel morire significa “a) la somministrazione da parte di un medico o di un infermiere qualificati, di una sostanza che procuri la morte a una persona che lo richieda; b) prescrivere o procurare, da parte di un medico o di un infermiere qualificati, una sostanza a una persona che lo richieda, in modo che questa se la possa autosomministrare e si procuri la morte”⁴.

I comportamenti omissivi che hanno la morte come conseguenza intenzionale non rientrano più nel novero degli atti eutanasi, ma vengono considerati al pari di altri percorsi terapeutici.

Il morire procurato con assistenza sanitaria, dal punto di vista umano, è il tentativo di “asciugare” la drammaticità, in un certo senso “sterilizzando” la morte, tanto che alcuni chiamano queste procedure di “morte razionale”. Si cerca di dominare la morte, possederla: se è un medico a causarla, secondo percorsi ben precisi, se ne potranno controllare (o meglio, ci si illuderà di controllarne) tutti i passaggi, riducendo il grande mistero dell'esistenza umana a una sequenza di comportamenti e tecniche mediche, accertandosi poi, burocraticamente, che tutto si sia svolto come stabilito. Il problema diventa solo procedurale, cioè dare la morte diventa lecito se si segue il modo di operare indicato dalla legge. Per questo motivo si istituiscono commissioni che verificano ogni decesso dopo che è stato procurato: devono confermare, caso per caso, se il medico abbia rispettato la legge, e difficilmente questi controlli *ex post* si traducono in contenziosi giuridici, perché il loro scopo è migliorare la pratica eutanasi rendendola sempre più conforme alla norma, non prevenire la scelta di morire.

Per comprendere pienamente questo nuovo paradigma del morire, è utile leggere i documenti amministrativi che accompagnano i testi di legge, le linee guida dei professionisti e tutti gli atti di “soft law” relativi alle prassi seguite, per poi immedesimarsi nel compito dei singoli componenti delle commissioni suddette: esaminare ogni singolo fascicolo, leggere ciascuna vicenda umana, con

³ Congregazione per la Dottrina della Fede, 05.05.1980.

⁴ An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (Medical Assistance in Dying), S.C. (Statutes of Canada) 2016, c.3.

nomi, cognomi e storie di persone che chiedono di morire, per controllare se chi le ha sopresse o le ha aiutate a suicidarsi, per farlo ha seguito i criteri normati.

Il risultato è quello che vediamo ad es. in Belgio: “In 15 anni sono aumentate di dieci volte le morti per eutanasia: erano 235 i fascicoli ricevuti nel 2003 dalla Commissione federale (Federal Control and Evaluation Commission on Euthanasia, FCECE), e sono stati 2357 nel 2018, in costante aumento. Ma diversi studi, pubblicati su riviste scientifiche, ritengono i numeri sottostimati del 50%, tanto che Wim Distelmans, Presidente della FCECE, ha dichiarato «Il numero delle eutanasi eseguite ma non dichiarate resta nell’ombra, il che ci impedisce di avere una visione reale dell’estensione del fenomeno». [...] La Commissione si riunisce mensilmente, il lavoro è soprattutto su base volontaria e mediamente ogni esperto esamina circa 200 fascicoli al mese, quasi 7 a giorno: il materiale viene spedito a casa, e nell’incontro mensile si discutono i casi problematici. La Commissione può chiedere ulteriore materiale e audizioni se lo ritiene opportuno, e per la segnalazione di una sospetta illegalità al procuratore serve la maggioranza di due terzi: dall’entrata in vigore della legge è avvenuto solo per una persona, dopo la diffusione di un documentario dedicato al suo suicidio assistito. Nell’ultimo rapporto biennale non si è raggiunta la maggioranza per un caso, comunque descritto: un paziente in dolorosa agonia da 24 ore, con attesa di vita di 2-3 giorni, che non aveva fatto alcuna richiesta di eutanasia, neppure con apposito biotestamento, ma per il quale «il comportamento e la comunicazione non verbale sono stati interpretati dai medici, dal personale curante e dai membri della famiglia come una richiesta di eutanasia». Chissà come doveva essere il suo “linguaggio non verbale” per chiedere una sedazione palliativa profonda, anziché di “essere ucciso”⁵.

Nei paesi in cui è regolamentata, la morte assistita si trasforma sempre in un atto medico. Scegliere di vivere e di morire, dare la vita e dare la morte su richiesta vengono considerate di pari valore, e il morire causato da un medico rientra nelle “terapie”, rivoluzionando il paradigma su cui da sempre si basa la professione sanitaria, che per definizione vuole combattere la morte. In Belgio, ad esempio, l’eutanasia è inserita ufficialmente all’interno del percorso delle cure palliative.

La morte assistita diventa invece l’ultimo degli analgesici, l’ultimo dei presidi: buon ultimo, ma incluso all’interno di un percorso di cura. Di conseguenza, se è un atto medico, un rimedio utile, il medico la deve proporre al paziente, come tutti i trattamenti possibili.

⁵ A. Morresi, *Così il Belgio ha normalizzato l’eutanasia*, Avvenire, 11.06.2019.

Se un medico la deve proporre ed eseguire, deve essere formato per farlo: la morte medicalmente assistita non può che diventare un capitolo del percorso formativo professionale personale. In Olanda, ad esempio, esiste lo SCEN, acronimo di quello che in inglese si traduce con Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands. È un network di medici indipendenti, creato nel 1997 dalla Associazione dei medici olandesi (KNMG, Royal Dutch Medical Association): esperti che possono essere contattati da colleghi per chiarimenti sulle procedure mediche eutanasiche o sulle valutazioni delle richieste dei pazienti. I medici SCEN “lavorano seguendo la legge e le linee guida della KNMG, e fanno formazione continua, aumentando conoscenza ed esperienza. Il programma SCEN è finanziato dal governo nell’interesse vitale di salvaguardare la qualità della consultazione con un medico indipendente nella procedura eutanastica. Nel 2017 ci sono circa 650 medici certificati SCEN, che offrono solamente consulenza e supporto, non la eseguono”⁶.

Dovranno quindi necessariamente essere elaborati protocolli, linee guida, corsi di formazione, tutti continuamente aggiornati, e non saranno rivolti solo a poche categorie di operatori sanitari, in un reparto ospedaliero ben preciso, come avviene per l’aborto (dove ad essere interpellati sono ginecologi e anestesisti, oltre che infermieri dei reparti di ostetricia e ginecologia). Affrontare colloqui sull’eutanasia, dare consulenze, partecipare ai decessi indotti coinvolge differenti specialità, include i medici di base e anche tanti operatori sanitari, come infermieri e farmacisti: necessariamente cambia la mentalità delle professioni sanitarie.

A titolo di esempio, leggiamo stralci da “The role of the physician in the voluntary termination of life – Il ruolo del medico nella terminazione volontaria della vita” (KNMG position paper 2011): “Allo stesso modo, un medico ha il dovere di prendersi cura di un paziente che, con un forte desiderio di morire, non fa ricorso alla Legge di cessazione della vita su richiesta e suicidio assistito (Procedure di revisione), oppure viene rifiutato dal suo dottore, e sceglie di rifiutare cibo e bevande di sua iniziativa. In questo caso, il medico non solo dovrebbe informare il paziente nel modo più completo possibile sui pro e contro, ma alla fine ha anche il dovere di occuparsi della preparazione e della supervisione del paziente e di attuare le cure palliative o, se clinicamente indicato, la sedazione palliativa. Anche i pazienti hanno spesso difficoltà a dire a un medico che hanno un desiderio autentico di morire. I medici, da parte loro, hanno l’obbligo di

⁶ A. Jong, G. van Dijk, *Euthanasia in the Netherlands: balancing autonomy and compassion*, World Medical Journal, 63 (2017), 10-15.

prendere sul serio tali richieste. Questo significa anche che se un medico non può o non desidera onorare la richiesta di un paziente per l'eutanasia o il suicidio assistito, deve dare al paziente una spiegazione tempestiva e chiara del perché, e inoltre deve riferire o trasferire il paziente ad un altro medico in tempo utile. Le promesse vaghe, il mancato trasferimento dei pazienti durante le assenze, che causano ritardi o che indicano a uno stadio avanzato o troppo tardi che il medico ha riconsiderato la sua decisione di eseguire l'eutanasia, dimostrano tutti una mancanza di professionalità. La KNMG invita quindi tutti i medici ad agire come vorrebbero essere trattati essi stessi o come vorrebbero lo fossero i propri cari". Sottintendendo, agire per applicarla, l'eutanasia. Potremmo sintetizzare l'ultimo concetto parafrasando una nota esortazione evangelica "fai morire il prossimo tuo come faresti morire te stesso".

Il medico che pratica legalmente l'eutanasia dovrà essere pagato: saranno perciò previste tariffe in base ai costi sostenuti (come i DRG, in Italia). La morte medicalmente assistita entra quindi a far parte delle "offerte" del Servizio Sanitario Nazionale, a tutti gli effetti.

Se la scelta di vivere è equivalente a quella di morire, e la morte su richiesta è una cura, l'intero percorso va condiviso nei dettagli, perché il consenso informato non riguarda solo la scelta di morire, ma anche le modalità: quando e come. E anche in questo caso le prassi e le linee guida sono particolarmente indicative. Nello stato di Victoria, per esempio, ci si può suicidare senza la presenza del medico che ha prescritto il prodotto letale, e anche in totale solitudine, se lo si vuole, senza nessuno accanto: l'importante è avvertire in anticipo qualcuno di fiducia, spiegando "quando e dove intendi prendere il farmaco. In questo modo la tua morte può essere certificata"⁷. In altri termini: puoi morire come vuoi, purché tu ci consenta di tenere i documenti in ordine.

Fra le linee guida della KNMG, ci sono anche testi dedicati all'assistenza di decessi come quello di Noa Pothoven, la diciassettenne olandese che soffriva di disturbi depressivi e che si è lasciata morire di fame e di sete, suscitando una grande impressione in Italia. "Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life" – Prendersi cura di persone che consapevolmente scelgono di non mangiare e bere per anticipare la fine della vita", il titolo della guida che in 51 pagine spiega nei dettagli come assistere una persona che ha deciso di morire di inedia (anziché come impedire di farlo). Un testo a cura della associazione medica ufficiale perché, come è scritto: "Scegliere

⁷ *Voluntary assisted dying – Information for people considering voluntary assisted dying*, State of Victoria, Department of Health and Human Services, April 2019.

consapevolmente di non mangiare né bere è paragonabile al rifiuto di un trattamento, un rifiuto che esiterà nella morte. Questo non è considerato un suicidio ma piuttosto l'esercizio del diritto di autodeterminazione del paziente, in particolare il diritto a rifiutare le cure”.

Cambia il concetto di cure palliative.

Spesso nelle procedure seguite si presuppone, senza esplicitarlo, che contemporaneamente alla palliazione, soprattutto quella continua profonda nell'imminenza della morte, si interrompano sostegni vitali come alimentazione e idratazione artificiali. Questi però non sono controindicati, in linea di principio, al contrario: spesso per somministrare cure palliative si usano flebo, o comunque supporti liquidi. Se però nella palliazione è sottinteso il distacco di alimentazione e idratazione a prescindere dalle condizioni cliniche del malato, queste stesse cure palliative diventano sinonimo di accompagnamento a morire, non di sostegno alla vita nelle condizioni di grande vulnerabilità.

Se è un rimedio efficace per alleviare la sofferenza, va trattato come tutti gli altri rimedi efficaci: perché escludere bambini, disabili mentali, depressi, persone con demenza? Negheremmo forse a tutti questi le cure palliative, o gli antibiotici? Non siamo in presenza tanto di un pendio scivoloso, quanto di un cambio di paradigma, nella professione medica e non solo.

Se è un rimedio efficace, espressione di libertà personale, va facilitato, come per esempio in Australia: “Dal 19 giugno lo Stato australiano di Victoria, con capitale Melbourne, ha i suoi due primi navigator, con nomi e numero di cellulare in web, e presto il servizio sarà esteso all'intero territorio. Non si tratta, però, di un intermediario fra chi cerca e chi offre lavoro, come in Italia per il Reddito di cittadinanza, ma di un “facilitatore” per la Voluntary Assisted Dying (VAD), la Morte Volontaria Assistita; chi avesse problemi nell'usufruire del nuovo “servizio” può rivolgersi a questo particolare operatore sanitario per chiedere informazioni e aiuto durante l'intero percorso di morte procurata dal Servizio Sanitario di Victoria, il primo stato australiano a consentire eutanasia e suicidio assistito”⁸.

Ma soprattutto, se è un rimedio ha una connotazione positiva, non è più un disvalore. Allora, perché prevenire, o impedire la morte procurata? L'importante è informare perché la scelta sia consapevole e libera. In questo modo, però, crolla ogni forma di umana solidarietà, a partire dalla mossa istintiva che ognuno di noi ha di fronte a una persona che vuole farla finita e, per esempio, mostra di volersi buttare da una finestra: tutti cerchiamo di fermarlo, senza preoccupar-

⁸ A. Morresi, *Fine vita. In Australia arrivano i «navigator» della morte*, Avvenire, 20.06.2019.

ci di verificare prima le sue ragioni e la consapevolezza delle conseguenze del gesto che sta per compiere. Da questo punto di vista è stata drammaticamente esemplare la morte di Noa Pothoven: sappiamo che un medico la assisteva, sedandola, nei giorni in cui lei ha smesso di mangiare e bere. Un dottore che ha quindi accettato di guardare una ragazzina mentre moriva, assecondandola anziché impedirle di farlo, perché questa sarebbe stata la sua “libera scelta”. Che differenza c’è nel guardare, senza muoversi, uno che si butta da un ponte?

Il cambiamento radicale e diffuso dell’intera società che necessariamente avviene quando si introduce la morte medica, si può toccare con mano guardando ancora una volta in Olanda, ad esempio i numeri e il dibattito attuale.

I numeri. Non solo nel tempo eutanasia e suicidio assistito sono sempre aumentati, in Olanda come in tutti i paesi dove queste leggi sono state approvate.

Periodicamente in Olanda c’è una revisione della legge, e finora, dal momento della sua approvazione, ne sono state effettuate tre, ognuna con il suo report. Dai dati del 2015⁹ vediamo quanto segue: 147.000 i morti, di cui 6.760 per eutanasia e suicidio assistito; 25.000 circa per interruzione di trattamenti che potenzialmente avrebbero potuto allungare la vita; 26.500 accompagnati da sedazione profonda, pari al 18% dei morti, e lo 0.5%, pari a 735, per rinuncia a mangiare e bere. In 67.000 hanno chiesto informazioni “a tempo debito” al medico, 17.900 per poter scegliere in un futuro prevedibile (quindi, prevedendo la fine in tempi più brevi): infine le richieste di morte procurata formalmente espresse sono state circa 12.000.

È chiaro che la “interruzione di trattamenti che potenzialmente avrebbero potuto allungare la vita” comprende una gran varietà di decisioni, fra le quali è impossibile individuare i comportamenti eutanasi, distinguendoli dalle legittime interruzioni di trattamenti inefficaci o sproporzionati o dannosi. Colpisce però la percentuale così elevata di ricorso alla palliazione profonda, ma soprattutto impressiona che diverse centinaia di persone abbiano deciso di morire di inedia, così come salta agli occhi l’enorme numero di coloro che parlano di eutanasia con il medico di base. È evidente che ormai si tratta di una procedura diffusamente considerata fra le opzioni possibili.

Per quanto riguarda il dibattito olandese, vale la pena ricordare brevemente il lavoro del Comitato Schnabel, una commissione governativa istituita nel 2014 per verificare la possibilità di depenalizzare il suicidio per “vita compiuta”, cioè la possibilità di suicidarsi per chi pensa che la propria vita sia terminata, senza pa-

⁹ Onwuteaka-Philipsen et al., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag, ZonMw, mei 2017.

tologie in corso. Il comitato Schnabel nasce a seguito di un dibattito pubblico in merito, iniziato nel 1991 intorno alla “Drion Pill”, e che nel 2010 si era tradotto in una campagna di un gruppo di opinione, “Uit Vrije Will” (per libera scelta), in favore di un suicidio assistito accessibile specificatamente alle persone con più di 70 anni, in presenza di una “vita compiuta”.

La commissione Schnabel ha respinto questa ipotesi, con un report elaborato in due anni di lavoro e pubblicato nel gennaio 2016. La motivazione principale è che si tratta di richieste provenienti soprattutto da persone in età avanzata, e la gran parte viene già esaudita grazie alla legge vigente, chiamando in causa “sindromi geriatriche multiple”, quando cioè coloro che vogliono morire non hanno una patologia letale, ma soffrono per una concomitanza di patologie, nessuna delle quali mortale, come accade spesso con gli acciacchi della vecchiaia.

Il Ministro della Salute, Welfare e Sport non ha condiviso il report e ha risposto con una lettera al parlamento, nell’ottobre del 2016, ribadendo la legittimità della richiesta di morire per “vita compiuta”, cioè quando la vita in quanto tale sarebbe diventata una condizione di sofferenza, non riconducibile ad aspetti medici, e quindi la domanda non potrebbe essere soddisfatta con la normativa corrente: per offrire la morte procurata a chi “soffre per il fatto di vivere”, secondo il Ministro, sarebbe necessaria una legge a parte, basata sul criterio dell’autonomia personale, per la quale, in assenza di patologie in corso, a essere verificata dovrebbe essere solo la volontà di morire. In questo modo non possono però essere i medici a stabilire se una persona rientra nei criteri di “vita compiuta”, e quindi si ipotizza una nuova figura professionale in grado di stabilire chi effettivamente può dire di soffrire perché la sua vita è al termine: il consulente di fine vita. Nel Dicembre del 2016, il partito olandese D66 ha formulato una proposta di legge sostanzialmente coerente con le indicazioni governative, per un suicidio assistito per persone con almeno 75 anni, che ritengono che la propria esistenza sia alla fine.

Nel gennaio 2019 il Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport (VWS) ha commissionato un’inchiesta sul desiderio di morte al termine della vita. La ricerca è condotta dalla Universiteit voor Humanistiek en het Julius Centrum van het UMC Utrecht (Università di Studi Umanistici, UMC, e dal Centro Julius dell’UMC di Utrecht). La relazione sull’indagine è prevista per la fine del 2019, e solo in base ai risultati ottenuti il parlamento potrà decidere se legiferare in merito¹⁰.

¹⁰ Uit Vrije Wil, in [<http://www.uitvrijewil.nu/index.php?id=1>]. L’indagine di approfondimento come prerequisito obbligatorio per una eventuale legge in materia era stata prevista

Potrebbe sembrare la trama di un film distopico, invece è realtà: il *Mondo Nuovo* è già qui.

La morte procurata come “cura” per la vita, perché la vita in quanto tale può portare sofferenza, anche senza malattie: questo il surreale traguardo del percorso eutanasi che l’Olanda e gli altri paesi con una simile legislazione ci stanno mostrando.

dall'accordo di coalizione “Fiducia nel futuro”, presentato dai leader del gruppo politico Mark Rutte (VVD), Sybrand van Haersma Buma (CDA), Alexander Pechtold (D66) e Gert-Jan Segers (ChristenUnie) il 10 ottobre 2017, accordo valido fino al 2021. [<https://www.kabinetsformatie2017.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertouwen-in-de-toekomst>]. da poco in Olanda ci sono state elezioni politiche anticipate. Vedremo se il nuovo governo olandese confermerà la stessa linea politica del precedente.

II

IN DIALOGO CON I PARLAMENTARI (in ordine alfabetico)

DALLA LEGGE SULLE DAT
ALLA LEGGE SULL'EUTANASIA:
LA TORMENTATA STORIA DEL RAPPORTO
DEL MEDICO CON IL PAZIENTE

di Paola Binetti

Senatrice UDC-Forza Italia

L'Ordinanza della Corte costituzionale, la 207/ del 2018, ha posto a medici e politici *un quesito* di grande attualità sulla legittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice penale che vieta l'aiuto al suicidio. Secondo la Consulta il diritto al suicidio assistito emerge già dalla legge 219/2017, perché il bene giuridico protetto dalla Legge sulle Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento non risiede nel diritto alla vita, ma nell'auto-determinazione del paziente, che include la libertà e la consapevolezza del soggetto di porre termine alla propria vita, escludendo condizionamenti esterni che possano alterare la sua scelta.

In poche parole, la Consulta ha sintetizzato con questa formula tre concetti chiave che vale la pena sottolineare, anche perché un gruppo di parlamentari coraggiosi e di diversa estrazione politica, nella precedente legislatura li aveva ampiamente denunciati durante il dibattito parlamentare sulle DAT. Per questo si erano rifiutati di votare una legge che aveva in sé tutti i germi dell'eutanasia:

la legge sulle DAT, approvata al termine della legislazione precedente, ponendo come bene primario del soggetto la sua capacità di autodeterminazione, antepone questo diritto al diritto alla vita e impone ai familiari e ai medici, ai magistrati e agli amici. di farsene garanti!

Il ribaltamento della scala dei valori tra vita del soggetto e libertà di autodeterminazione cambia secondo la legge 219/2017, la mission del medico, facendolo passare da curante a mero esecutore della volontà del soggetto; senza timore di azioni a suo carico, rendendolo passibile di conseguenze penali se si sottraesse alle sue richieste;

il paziente può chiedere tutto, compresa la sospensione di qualsiasi trattamento, anche salvavita, compresa la nutrizione e l'idratazione, assimilate ad un qualsiasi trattamento medico. Il paziente può pretendere anche la sedazione

profonda, dettando la linea al medico, che dovrà obbedire senza poter fare obiezione di coscienza, perché la 219 non lo prevede.

La domanda che, da medici e da legislatori, ci siamo posti durante il dibattito parlamentare è stata sostanzialmente questa: *Se il paziente richiede atti in contrasto con il codice deontologico, può il medico respingere un aiuto alle scelte autonome del paziente? Può rifiutarsi di farlo se contrario alla sua coscienza, assumendosene tutte le conseguenze?* Tenendo comunque conto del fatto che l'aiuto al suicidio assistito, articolo 580 CP, non riguarda solo il medico e chiunque si potrebbe trovare in situazione analoga e potrebbe perfino trattarsi di un non-paziente, ma semplicemente di una persona che vuole essere aiutata a morire.

Nel dibattito pubblico qualcuno obietta che le cose cambiano, i principi mutano e la stessa epistemologia della medicina, la sua natura come scienza, cambia. Per cui la domanda a cui rispondere diventa: *“La medicina è una scienza fondata su valori immutabili, come il costrutto stesso della relazione di cura, di cui garantisce il progresso sul piano conoscitivo e clinico oppure è una costruzione sociale che varia a seconda di come la società definisce salute e malattia e di come la tecnologia modifica il paradigma della cura?”*. Non c'è alcun dubbio sul fatto che la medicina sia una scienza complessa e composita, che deve alle scienze fisiche e biologiche molto del suo metodo, della sua logica e della sua teoria. Ma la medicina è anche scienza applicata agli scopi e ai fini dell'uomo, di cui cerca di modificare i comportamenti individuali e sociali, E quindi rientra anche tra le scienze comportamentali: basta pensare al tema degli stili di vita, considerati tra i determinanti della salute umana. Quindi, poiché il suo scopo è quello di aiutare una persona a migliorare la sua condizione di salute, ha anche un significato valoriale proprio per quell'aspetto relazionale, radicato nelle scienze umane, che rende possibile l'incontro tra medico e paziente. Un incontro orientato sempre e solo a migliorare le condizioni di vita e di salute del paziente e non a farlo morire...

La medicina quindi è tutto ciò: arte e tecnica; scienza biologica e scienza clinica, scienza umana in senso proprio, perché scienza della relazione umana per eccellenza: la scienza di cura. E quindi scienza in costante evoluzione per molti dei suoi aspetti fondamentali; ma è anche scienza il cui al centro c'è la relazione tra due persone, una delle quali soffre, mentre l'altra è a sua disposizione in una relazione di aiuto che si rinnova continuamente nei modi e nelle forme, vincolata ad una complessiva interpretazione dell'intervento medico come conservazione e mantenimento della salute, per favorire tutto ciò che può far stare bene alleviando dolore e sofferenza.

La qualità di vita è considerata attualmente il parametro più importante per misurare l'efficacia di molte attività centrate sulla persona, ma il concetto di

qualità di vita va interpretato rispettando la complessità della vita umana nella sua multidimensionalità. Se da un lato occorre tener conto delle condizioni psicofisiche di una persona malata, dall'altro bisogna valorizzare il principio di autonomia personale, nel doppio significato di mancanza di dipendenza psico-fisica e di espressione di singolarità e di unicità. Il vero valore in gioco è la persona stessa, nella sua specifica unità e singolarità: la sua vita merita di essere vissuta fino in fondo, fino al termine naturale, proprio perché nel suo specifico mistero c'è il senso stesso dell'esistenza, della sua e di quella di ogni uomo. Ogni vita è degna di essere vissuta; non ci sono vite da scartare, solo perché i parametri che ne disegnano i contorni appaiono difficili da accettare, lontane dai canoni che la vita moderna identifica come modelli di successo e di piena affermazione.

Oggi concetti come qualità di vita e autonomia, nel senso di autodeterminazione, esigono nuovi livelli di approfondimento e di consapevolezza da parte del medico; reclamano specifiche strategie nell'accompagnamento di fine vita per tutelare la qualità della vita di pazienti inguaribili in cui, il giudizio personale sulla qualità della parte finale della loro vita, è inviolabile. Ma è proprio in questa fase della vita del paziente che il medico è chiamato ad intervenire per aiutarlo a scoprirne nuove motivazioni per la sua vita, scoprendone in modo nuovo il valore unico ed irripetibile, che ha per lui e per le persone che ama. Non è accogliendo la proposta del malato che chiede di anticipare la sua morte che il medico risponde alle sue esigenze e alla sua volontà e agisce in scienza e coscienza. Parte della sua scienza è aiutare il malato a ricostruire il senso della propria vita, accompagnandolo in un cammino che presenta ostacoli e difficoltà, ma che può anche dischiudere nuovi orizzonti di serenità e di gioia. Questo dialogo di ricostruzione di un percorso di senso è parte integrante del lavoro del medico ed è quanto spesso fa lo psico-oncologo, che sostiene il paziente in tutte le fasi che vanno dal rifiuto della diagnosi alla rabbia; dalla reazione depressiva alla nuova speranza scoperta laddove prima sembrava che non ci fossero margini per sperare.

Così, mentre il concetto di salute biologica, cioè di integrità della vita psicofisica, è ritenuto universale e relativamente invariante attraverso la storia in quanto legato alle caratteristiche biologiche dell'essere umano, non è così per la qualità della vita a determinare la quale concorrono componenti influenzate dalla cultura, dalla situazione sociale, familiare, politica, economica in cui l'individuo sta vivendo: in breve la sua biografia. Ma nel momento in cui il paziente si rivolge al medico per sollecitarne l'aiuto, questi diventa parte integrante della sua biografia; non è chiamato solo a tracciare il recupero della salute in chiave biologica ma ad assumerne insieme al paziente la dimensione psico-fisica e so-

ziale, dilatando gli orizzonti della sua libertà con nuove ragioni di senso. Per questo il medico deve coltivare il rapporto con il suo paziente testimoniando con la sua relazione di cura la convinzione che la sua vita abbia un valore infinito anche per lui e che per questo se ne fa carico, non violando la sua libertà, ma aiutandolo a coglierne nuove prospettive, che la rendono degna di essere vissuta.

“Urge dunque, per l’avvenire della società e lo sviluppo di una sana democrazia, riscoprire l’esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, che scaturiscono dalla verità stessa dell’essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona: valori, pertanto, che nessun individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere” (*Evangelium vitae*, n. 71). Guai a chi crede che si possa essere cattolici, ma non troppo! Essere o non essere, questo è il problema.

È la nuova frontiera della mission del medico nei confronti della società, della politica, delle leggi; una mission che parte dal paziente, ma abbraccia tutta la società. Non si può rinunciare alle implicazioni che la vocazione professionale ha nei confronti di una società malata, che ha bisogno urgente di essere curata, per non soccombere davanti alle pulsioni di morte che la lacerano; davanti alle sollecitazioni che sempre più tendono a considerare la malattia in termini di costi economici e la vita in termini di successo garantito. Perché non c’è prezzo per la vita e perché la vita è già un successo in se stessa.

MA PRIMA VIENE LA TUTELA DELLA VITA...

di Maria Domenica Castellone

Senatrice del Movimento 5 Stelle

Il dibattito – parlamentare e non solo – sul “fine vita” è in corso da anni e viene sollecitato oggi anche dall’ordinanza 207 della Corte costituzionale (16 novembre 2018), che ruota attorno alla costituzionalità dell’articolo 580 del Codice penale, che punisce con la stessa pena (reclusione da 5 a 12 anni) sia chi istiga qualcuno a porre fine alla propria vita, sia chi ne coadiuva l’ultimo gesto. La politica è chiamata dunque a prendersi questa responsabilità: non possiamo ogni volta, davanti a un nuovo caso portato alla ribalta dei media, commuoverci, restare sgomenti, sentirci affranti... e poi ogni volta rimandare questa decisione terribile ed attendere che la fine arrivi, comunque, spontanea o auto-indotta. È ormai necessario intervenire con una presa di posizione netta.

Da persona prestata alla politica dico che il Parlamento deve partire proprio da un’analisi oggettiva dell’ordinanza della Consulta, che fornisce indicazioni chiare.

Per la Corte costituzionale è infatti dovere dello Stato tutelare la vita di ogni individuo, considerando specificamente alcune determinate situazioni: quelle, in particolare, di «una persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

Prerequisito della scelta dovrebbe essere un percorso di cure palliative; ottenere la morte non potrebbe dunque diventare in ogni caso un diritto generalizzato, ma dovrebbe costituire una scelta drammatica percorribile in rari e assai specifici casi. E, comunque, dopo il fallimento certificato delle cure palliative.

Bisogna che la patologia sia irreversibile, che la persona sia tenuta in vita attraverso costanti presidi medici, abbia sperimentato le cure palliative, e nonostante queste sia sempre sofferente e desiderosa di porre fine a queste sofferenze (morire).

La Consulta pone dunque come regola la tutela della vita, e come eccezione assoluta l’accoglienza delle istanze di morte, ma solo dopo aver esperito tutte le possibili terapie palliative.

Da medico devo dire che per noi è da sempre una priorità garantire un corretto rapporto fra curante e curato e che per definire il confine tra assistenza ed accanimento terapeutico basterebbe applicare l'art. 32 della Costituzione ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge") e l'art. 16 del codice di deontologia medica che regola le 'Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati'.

Nelle situazioni di emergenza, di Pronto soccorso o di rianimazione, l'équipe curante si trova a dover valutare e decidere il trattamento più adatto alla salvaguardia della vita quando ci siano i presupposti clinici perché la terapia intensiva possa avere successo, senza comunque poter prevedere l'esito del soccorso e delle cure; nelle patologie croniche-evolutive, neurologiche o tumorali, è invece fondamentale a porre particolare attenzione alle cure palliative, intese come trattamento finalizzato ad alleviare il dolore.

Da ricercatrice, che crede fermamente negli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, dico che oggi questi strumenti sono in grado di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma spesso non di restituire loro l'autosufficienza di funzioni vitali. Le nuove frontiere della medicina ci permettono però sicuramente di alleviare il dolore, ma bisogna distinguere la terapia del dolore dall'accanimento terapeutico inteso come inasprimento delle cure, che allungano i tempi di una sopravvivenza che può essere vissuta anche come un martirio individuale e familiare. Bisogna chiedersi se il malato può esercitare la libertà di decidere per sé stesso qual è la forma di dignità che gli consenta ancora di percepirsi come essere umano e qual è la misura del dolore e della sofferenza, percepiti sul proprio corpo, nella propria mente, nella propria coscienza, oltre il quale non intende restare vivo.

Da cattolica infine voglio partire proprio dal fare una seria riflessione sul dolore.

Qual è stato il dolore peggiore, per chi ha vissuto – soggetti coinvolti e familiari – queste drammatiche esperienze? Il dolore fisico? La pietà per la sofferenza di chi amiamo? Il dolore per la dignità che si infrange? Lo possiamo misurare, noi, il dolore altrui? La nostra misura è oggettiva?

Da cattolica mi chiedo se il mantenimento cosciente di tutto questo dolore, nei casi scientificamente a decorso fatale, non sia in ogni caso un oltrepassare i limiti del nostro potere di decidere tra la vita e la morte. Per chi crede nella vita dopo la morte, la liberazione dal dolore non è una via d'uscita, ma il compimento della vita. La buona morte, la morte bella, tranquilla e naturale, accettata con spirito sereno e intesa come il perfetto compimento della vita.

IL PARLAMENTO SI CONCENTRI SULL'ART. 580 DEL CODICE PENALE

di Vito De Filippo

Deputato del Partito Democratico

L'intervento della Corte costituzionale rappresenta una novità della vita istituzionale del nostro Paese e comunque pone domande alle quali il Parlamento ha il dovere di rispondere.

Dopo l'approvazione della legge sul "testamento biologico", la n. 219/17, intervenire su questioni così delicate che hanno a che vedere con il diritto, con l'etica e con la coscienza dei singoli parlamentari al di là del gruppo di appartenenza è oltremodo complicato!

Per questo consiglieri di perimetrare l'intervento normativo ai rilievi puntuali della Corte, che riguardano sostanzialmente l'articolo 580 del Codice penale.

Mentre, senza intervento del Parlamento, è evidente che la Consulta di esprimerà con una decisione di incostituzionalità di alcune disposizioni vigenti, con esiti imprevedibili per i pazienti e per gli operatori della sanità!

Anche per questo, il lavoro responsabile del gruppo PD alla Camera auspicerebbe una presa di posizione precisa e possibile della maggioranza che ad oggi tarda ad arrivare!

SENZA PRECEDENTI, SENZA ILLUSIONI, MA SENZA RINUNCIARE ALLA BATTAGLIA!

di Maurizio Gasparri

Senatore di Forza Italia

La Corte costituzionale ha dato luogo a un intervento senza precedenti interferendo sull'attività legislativa del Parlamento. Ma non bisogna farsi troppe illusioni sul fatto che il termine del 24 settembre, che la Consulta ha indicato, possa essere superato senza conseguenze dannose. Da qui ad allora mancano poco più di due mesi e parte di questo periodo è del mese di agosto quando tutte le attività, piaccia o meno, vengono rallentate.

È nostro dovere quindi assumere delle iniziative. Pertanto, nei prossimi giorni solleciterò tutti i colleghi, di qualsiasi schieramento, a rivendicare il diritto-dovere del Parlamento di assumere delle iniziative. Con il senatore Quagliariello ho presentato da tempo in Senato delle proposte di legge utili a difendere le ragioni della vita. Non possiamo attendere, non possiamo evitare un confronto anche aspro. Né ci si può illudere che la Corte costituzionale differisca il termine delle sue decisioni, e chi immagina di poter ottenere questo risultato potrebbe coltivare una illusione.

Non abbiamo certezze di vincere questa battaglia. Ma le battaglie non si affrontano solo quando si ha la certezza di prevalere. Si fanno anche quando è molto probabile che all'orizzonte ci sia una sconfitta. E in questo caso, non mi rassegnò affatto, anche se sappiamo che il contesto non è dei più facili.

Mancano pochi giorni. Non entro nel merito delle motivazioni etiche di questa battaglia perché condivido totalmente quanto hanno detto Alfredo Mantovano ed Assuntina Morresi. Mi limito a ribadire la necessità e l'urgenza di una battaglia immediata in Parlamento, facendo uscire dall'equivoco anche schieramenti che sono chiaramente posizionati sul fronte eutanasi, senza salutare con troppa enfasi voci isolate, che tali permangono. Parlo a nome di Forza Italia in cui prevale un atteggiamento pro-vita. Altri devono essere messi di fronte a una prova concreta. Pertanto, agiamo subito. Fin dai prossimi giorni, perché sono poche le settimane che abbiamo a disposizione. Battersi è doveroso. Vincere è una speranza. Rinunciare al confronto sarebbe una resa gravissima di cui non voglio in alcun modo essere corresponsabile.

VOGLIAMO DAVVERO CODIFICARE LA MORTE?

di Giuseppina Occhionero

Deputata di Liberi e Uguali

Parto dal ringraziamento sentito e sincero, perché è grazie a questo invito che ho a possibilità, forse per la prima volta, di avvicinarmi con serietà ad un tema così delicato: il mistero della vita!

E lo faccio con il timore ed il rispetto di chi, a dire il vero, non ha ancora chiaro, dentro di sé, il confine sottilissimo tra il diritto alla vita e quello che sentiamo chiamare “diritto alla morte”. Ma esiste un “diritto alla morte”? Vogliamo codificarlo davvero?

È un profilo dilemmatico in cui difficilmente la regola pubblica della legge può essere risolutiva. Però siamo legislatori e non possiamo non vedere che servizi sociali e sanitari si muovono, necessariamente, attraverso formalizzazioni. Ma che senso vogliamo dare, che direzione indichiamo a queste formalizzazioni? Forse il nostro dovere è quello di passare dal corteggiamento filosofico della morte all’umanizzazione. UMANIZZARE l’uomo stesso e il suo mondo in quanto umano.

Come abbiamo a cuore l’ecologia e l’ambiente, così non possiamo domandare ad altri la responsabilità di politiche che toccano la vita umana. Sento il dovere, per il mandato elettorale conferitomi, di interrogarmi su quali misure, in ambito politico, vanno adottate in difesa della vita. E mi chiedo come sia cambiato il modello del morire negli ultimi tempi considerato che, fino al secolo scorso era un rito domestico di vicinato, con il moribondo protagonista, secondo la sua volontà espressa o interpretata. Ma nell’ultimo secolo, forse, il modello si è ribaltato e il protagonista è diventato solo una comparsa? Qual è oggi la morte più temuta? Quella improvvisa o quella irta di “tubi”? Nello scorso mese di febbraio Papa Francesco ricordava di prenderci cura della vita nascente e che il prendersi cura della vita esige che lo si faccia durante tutta la vita e fino alla fine. Ed esige anche che si ponga attenzione alle “condizioni di vita”: la salute, l’educazione, le opportunità lavorative, e così via: insomma, tutto ciò che permette a una persona di vivere in modo dignitoso. Credo che questi elementi, questi spunti siano semi da far germogliare nel nostro Parlamento tramite la perseveranza della rettitudine e l’irrigazione del dialogo e del confronto.

Penso ad un Paese che possa offrire cure palliative anche per le malattie più gravi, che sappia non solo curare ma anche prendersi cura delle sofferenze più indicibili. E sì, cari amici, prendersi cura perché siamo Paese, perché siamo Stato, perché siamo Esseri Umani. Dovremmo cercare di creare le condizioni di vivere in un Paese nel quale nessuno avverta il peso insopportabile della vita tanto da condurlo a decisioni estreme. Un Paese che ci faccia essere comunità, dove il singolo non è isolato, dove i problemi collegati alla vita umana non si risolvono con delle scorciatoie di compromessi facili e sbrigativi, dove le sofferenze dell'altro diventano le mie sofferenze e mi danno l'ispirazione per pensare ad un'azione politica più efficace e con risultati concreti. È evidente che questo compito è reso, oggi, ancora più arduo dal clima crescente di odio e di intolleranza ed esclusione che si sta diffondendo; attenzione, poi, alla forza delle parole, perché quelle cattive si insinuano forti nelle menti delle persone e generano cattivi pensieri!

Non perdiamo di vista, accecati dalle politiche economiche, il fulcro principale della nostra azione politica: il bene della persona umana. La persona umana: un difficile compromesso tra libertà e dignità! In ognuno di noi c'è un forte umanesimo per cui l'idea di uomo non può essere separata dalla sua dignità e libertà! E questo perché l'uomo non è solo natura; è anche natura!

Se non siamo d'accordo sul valore della vita e sulla sua difesa è impossibile dialogare di dignità dell'uomo.

Dobbiamo, quindi, evitare che proprio le istituzioni demandate alla difesa dei diritti e della vita espongano l'uomo ad una solitudine giuridica.

Ebbene, io credo che la sofferenza sia parte di questa vita, il mistero incomprendibile della sofferenza è unito all'uomo. Io, personalmente, non riesco ad immaginare una vita inutile ... Al di là del diritto, mi chiedo anche, cosa farei IO di fronte ad un caso eccezionale come quelli che poi, di fatto, ci portano a riflettere in questi termini. È la politica che stabilisce quando e se una persona non può essere utile al mondo? Lo fa la legge?

E lo Stato, da garante e promotore, può assumere la veste di "decisore" di morte delegando, poi, l'esecuzione vera e propria ad altri? È giusto così? Credo che non si possa conciliare la rigidità della norma con l'umanità, la moralità e l'esigenza etica che alberga in ognuno di noi come uno scrigno segreto.

Allora, è necessario unire gli sforzi di tutti coloro che credono alla inviolabilità della vita umana, anche di quella terminale; potenziare le strutture di accoglienza; rendere più efficienti le forme di assistenza e solidarietà familiare, civile e religiosa; assicurare un'assistenza che includa forme di trattamento efficaci e accessibili, sollievo dal dolore e forme di sostegno comuni evitando i trattamenti

inefficaci o che aggravino la sofferenza, ma anche l'imposizione di metodi terapeutici insoliti e non ordinari. È di fondamentale importanza il sostegno umano, la rete familiare e di vicinato di cui può disporre la persona morente, poiché la domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, è soprattutto una domanda di compagnia, di solidarietà, di sostegno nella prova. Sicuramente occorre destinare più risorse alla cura di malati incurabili; promuovere una formazione etica, psicologica, sociale e tecnica degli operatori sanitari; morire con dignità umana richiede in particolare una "buona assistenza palliativa e una buona ospedalizzazione".

Il tentativo di eliminare la malattia e la sofferenza estrema dall'orizzonte della nostra vita con la scorciatoia dell'eutanasia è un rischio dalle conseguenze imprevedibili.

Una vita che sta terminando non è meno preziosa di una vita che sta iniziando.

DISINNESCARE L'“ESPROPRIO”: LA P.D.L. 1888

di *Alessandro Pagano*

Deputato della Lega – Salvini premier

Come già illustrato nella relazione di Alfredo Mantovano, in apertura dei lavori del seminario, il 23 ottobre 2018 la Corte costituzionale ha esaminato la questione di legittimità dell'articolo 580 del Codice penale, nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione. La questione era stata sollevata con ordinanza del 14 febbraio 2018 dalla I corte d'assise di Milano nel procedimento penale a carico di Marco Cappato, imputato per aver agevolato il suicidio di Fabiano Antoniani – conosciuto come dj Fabo –, aiutandolo a recarsi in Svizzera alla clinica *Dignitas*, dove è poi avvenuto il decesso.

Con l'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018 la Consulta ha rinviato la decisione all'udienza del 24 settembre 2019, destinando non poche pagine per sostenere che la norma penale impugnata ha qualche ragione di permanenza nell'ordinamento – tutelare le persone più deboli e in difficoltà, per le quali il suicidio è una tentazione da non assecondare – ma che, tuttavia, deve essere rivista.

Per questo ho presentato una proposta di legge, la n. 1888 Atto Camera, che intende dare un seguito alle indicazioni della Consulta, evitando comunque la loro trasposizione in norme eutanasiche, tenendo conto dei principi costituzionali richiamati nell'ordinanza n. 207 del 2018.

In particolare, l'articolo 1 fornisce una prima risposta alla sollecitazione della Corte costituzionale di «considerare ... situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali».

Nello stesso primo articolo, perciò, si distingue la posizione di chi non ha alcun legame con il paziente e di coloro che, invece, da più tempo soffrono con il malato a causa della costante vicinanza allo stesso. La convivenza, conseguentemente, rappresenta un parametro obiettivo che agisce effettivamente sulle ragioni di attenuazione e non un dato meramente formale come la parentela o il coniugio, che presumibilmente provocherebbero ulteriori interventi costitu-

zionali per il caso di parentela non estesa a conviventi affettivamente legati al malato.

La posizione del convivente, familiare in senso formale o no, è evidentemente diversa da quella di altri e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell'ordinamento. È la stessa Consulta che nell'ordinanza citata ricorda come «L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere». La Corte ha aggiunto che «La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito». E ancora: «Il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.)».

In coerenza con tali principi, espressamente richiamati, dalla Consulta, l'articolo 1 in commento introduce una forma attenuata di reato, individuando quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, precisando due tipologie di condizioni che rendono meno grave l'illecito: la prima attinente all'autore del fatto, la cui condotta è condizionata dal grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui, la seconda riguardante l'ammalato, tenuto in vita con stru-

menti di sostegno vitale, interessato da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza.

Gli articoli da 2 a 8 danno seguito alla parte dell'ordinanza n. 207 del 2018 con la quale la Corte costituzionale richiama, per un verso, «le previsioni della L. 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza –» e ricorda che «la L. n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente».

Tali articoli, inoltre, intendono porre mano alla citata legge c.d. sul “testamento biologico” per emendare passaggi che si ritengono gravemente errati.

Innanzitutto, sempre l'articolo 2, riprendendo l'ampia letteratura scientifica che non considera trattamenti sanitari la nutrizione e l'idratazione, anche artificiali, modifica il comma 5 dell'articolo 1 della legge n. 219, che invece ha effettuato tale impropria parificazione, sempre che il paziente sia in grado di assimilare quanto gli viene somministrato.

L'articolo 3, poi, in coerenza con le indicazioni della Consulta, introduce la disciplina dell'obiezione di coscienza per il medico e per il personale sanitario e la colloca al comma 6 dell'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, seguendo la medesima articolazione stabilita per gli altri casi di obiezione disciplinati dall'ordinamento e, in particolare, quella dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978.

L'articolo 4, in linea con il rispetto dovuto alle strutture sanitarie che hanno già manifestato serie difficoltà nell'attuazione della legge n. 219 del 2017 a causa della loro ispirazione religiosa, esclude – come è doveroso, la cogenza di tali disposizioni per le strutture sanitarie private.

L'articolo 5, infine, punta a rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come già previsto dall'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 e come è stato richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale al fine di praticare un'appropriata terapia del dolore.

Ulteriori miglioramenti della disciplina di cui alla legge sulle “DAT” vengono previsti all'art. 6 in materia di minori, mentre l'articolo 7 fa prevalere le ragioni della vita, sulla base della scienza e della coscienza del medico, qualora sia sorta la necessità di fare ricorso al giudice, per evitare che l'attesa del provvedimento dello stesso abbia esiti irreversibili.

L'articolo 8, poi, doverosamente prevede che in situazioni di emergenza la revoca delle dichiarazioni anticipate di trattamento sia liberata da inutili for-

malità, essendo sufficiente la raccolta della dichiarazione di revoca da parte del medico.

Mi pare una base seria affinché il Parlamento riscontri positivamente le richieste della Corte costituzionale senza incedere in frettolose disciplina sulla “vita e sulla morte”, che necessitano di tempi ben più congrui di quelli atipicamente indicati dalla Consulta al legislatore, che non può mai e men che meno in questi temi essere così condizionato nella sua esclusiva attività di porre le norme di legge in adempimento del mandato popolare, che altri organi costituzionali, per quanto autorevoli, non hanno affatto ricevuto.

LEADER, NON FOLLOWER

di Antonio Palmieri

Deputato di Forza Italia

“La speranza non è la convinzione che qualcosa andrà bene, ma la certezza che la cosa ha un senso, indipendentemente da come finirà!”.

Queste parole di Václav Havel sintetizzano l'approccio con cui da alcuni mesi partecipo ai lavori delle commissioni giustizia e affari sociali, incaricate di portare in aula un testo che traduca in una legge il mandato della Corte costituzionale, che ha indicato al Parlamento il termine del 24 settembre 2019 al fine di modificare la norma sull'aiuto al suicidio (art. 580 del Codice penale).

Il lavoro di questo tempo mi ha confermato nella convinzione che ho maturato nei miei oramai tanti anni da deputato: ci sono alcuni punti di metodo dei quali a mio avviso dobbiamo far tesoro, in tutte le vicende parlamentari riferite a quelli che un tempo erano definiti “valori non negoziabili”.

Autodeterminazione assoluta. Attorno a questo concetto è ruotato gran parte del dibattito. Questo punto è l'ennesimo esempio di quella cultura per la quale il singolo individuo è “la misura di tutte le cose”, come diceva già nell'antica Grecia il sofista Protagora: “L'uomo è la misura di tutte le cose, di quelle che sono in quanto sono, e di quelle che non sono in quanto non sono. Quali le singole cose appaiono a me, tali sono per me e quali appaiono a te, tali sono per te: giacché uomo sei tu e uomo sono io” (Platone, *Teeteto*, 152a).

In questa prospettiva, tutto ciò che condiziona l'esistenza umana – malattia compresa – è qualcosa che opprime l'autonomia dell'uomo. Di conseguenza, per essere davvero libero e padrone della sua vita l'individuo deve essere padrone assoluto non solo della sua salute ma anche della sua morte. Per dirla con una battuta amaramente ironica, questo è il vero “ius soli”: uno ius soli che possiamo “tradurre” nel diritto di essere “soli”, ciascuno portatore di desideri individuali che devono diventare un diritto, diritto che deve essere riconosciuto dalla legge.

Una posizione culturale che è in apparenza dominante, perché è proposta continuamente da coloro che hanno in mano il controllo della cultura e della comunicazione e perché in apparenza compassionevole. Una posizione che conquista coscienze animate dalle migliori intenzioni, anche all'interno del mondo cattolico. In realtà questa posizione inevitabilmente genera una “antropologia del più forte”, che si esplicita con l'aborto così come con il ricorso alla mater-

nità surrogata e conduce alla richiesta di introdurre l'eutanasia nella nostra legislazione.

La negazione delle evidenze. L'autodeterminazione assoluta è una posizione irragionevole, perché non tiene conto di alcune evidenze. L'aveva detto con grande chiarezza Benedetto XVI nel suo discorso al Parlamento tedesco del 2011: "L'uomo non è soltanto una libertà che si crea da sé. L'uomo non crea sé stesso. Egli è spirito e volontà, ma è anche natura, e la sua volontà è giusta quando egli ascolta la natura, la rispetta e quando accetta sé stesso per quello che è, e che non si è creato da sé. Proprio così e soltanto così si realizza la vera libertà umana". Che ciascuno di noi non si sia creato da sé è un fatto talmente evidente che, una volta enunciato, non ci sarebbe bisogno di aggiungere altro.

Da questa prima evidenza ne deriva un'altra, non meno importante: non solo non ci siamo fatti da soli, ma non siamo fatti per vivere da soli. È evidente che ciascuno di noi è fin dall'origine il frutto di un rapporto, di una relazione tra due esseri umani e che consiste in questo rapporto, al punto tale che i primi nove mesi della nostra vita si compiono tutti all'interno di un'altra relazione, quella fondamentale (in tutti i sensi) con la propria madre. L'essere umano nasce da una relazione e senza relazione letteralmente non può vivere. Il neonato e poi il bambino continua a dipendere, per anni, dai genitori e dagli adulti che si prendono cura di lui. E non finisce qui: nel tempo si continua a dipendere dai rapporti che si generano nel corso dell'esistenza.

Naturalmente queste relazioni vivono nella libertà personale. La dipendenza originaria non si traduce in sudditanza. L'essere umano è stato fatto libero: tuttavia, la nostra è una libertà condizionata da mille fattori e circostanze. Siamo liberi ma non siamo assolutamente liberi.

L'obbligo della ragionevolezza. Riaffermare le evidenze negate dai fautori della autodeterminazione assoluta è il compito che siamo chiamati a svolgere dentro e fuori dal Parlamento, per cercare di fare breccia nella mente di chi non sia accecato dal pregiudizio.

In una condizione di minoranza culturale, mediatica e politica, questo compito indica che siamo obbligati al metodo della ragionevolezza. Non possiamo contrapporre dogma a dogma, ma dobbiamo saper declinare principi e ideali in argomentazioni, in emendamenti, in proposte (di legge e non) ragionevoli, cioè accessibili a chiunque, comprensibili, con un linguaggio non clericale, con tesi fondate sulle evidenze e sulla realtà.

È un metodo che porta frutto. Nella scorsa legislatura, all'inizio del percorso della legge sul cosiddetto "testamento biologico", gran parte del mio gruppo, il gruppo dei deputati di Forza Italia, era a favore della legge. Il nostro capogruppo

Renato Brunetta mi aveva affidato il compito di essere il riferimento del gruppo sul tema. Con un intenso lavoro di approfondimento dei testi, con una serie di riunioni e di assemblee, con pazienza, ascolto e portando alla valutazione dei colleghi unicamente il merito dei ragionamenti e il testo degli emendamenti e non posizioni astratte o dogmatiche, siamo riusciti a portare il nostro gruppo a votare contro la legge.

Leader, non follower. In questo modo non facciamo una battaglia di retroguardia ma di avanguardia, utile per il recupero di un pensiero comune ragionevole e condivisibile, fondato sulla realtà e non sulla ideologia del politicamente corretto e opposto al relativismo apparentemente dominante. Dico “apparentemente dominante” perché, come dimostrano anche i risultati elettorali delle ultime elezioni nazionali (e non solo in Italia) esiste ancora un popolo che chiede verità, realismo, rispetto dei basilari fondamenti che sono insiti in ciascuno di noi, in quanto esseri umani.

Ciascuno di noi, nel luogo dove si trova e per la responsabilità che si trova a esercitare, è dunque chiamato a essere leader e non follower. Vale per me che sono temporaneamente deputato ma vale per te che sei genitore, medico, insegnante. Tutti siamo responsabili di tutti, a prescindere dal ruolo. Solo in questo modo potremo, con pazienza e costanza, combattere al meglio la buona battaglia, sempre consapevoli che, come diceva Holderlin, “non ci sarà chiesto di avere abbattuto l’albero ma di essere trovati con l’ascia in mano”.

IL BIVIO CHE INCHIODA LA POLITICA ITALIANA

di Gaetano Quagliariello

Senatore di IDEA – Forza Italia

Siamo a un bivio e dobbiamo prendere una strada.

In realtà questo bivio ci è stato posto di fronte fin dall'autunno scorso e abbiamo lasciato trascorrere tempo prezioso pressoché invano, ma il 24 settembre è ormai dietro l'angolo e il momento della scelta non è più rinviabile.

Riassumo brevemente ciò che ho fin qui sentito nel corso di questo incontro, i cui contenuti oggettivamente pongono dei problemi. Da una parte ci è stato spiegato dal professor Gambino e da Alfredo Mantovano che siamo di fronte a una ordinanza della Corte costituzionale che si potrebbe definire "auto-applicativa", nel senso che da quell'ordinanza deriva fondamentalmente una legge, la cui operatività, *rebus sic stantibus*, è soltanto rinviata a una data di scadenza già determinata. Dall'altra ci è stato detto – ed è un fatto – che attualmente in Parlamento vi è una maggioranza "difficile", nell'ambito della quale si è stipulato un accordo, una specie di patto di non belligeranza. Rispetto a questo dato c'è soltanto un problema: che mentre da una parte – e cioè da quella che dovrebbe essere la "nostra" parte, rispetto al tema in discussione – si sta effettivamente fermi, dall'altra si procede in sede "extraparlamentare", anche utilizzando gli strumenti offerti dalla legislazione previgente.

Noi – e in particolare Eugenia Roccella alla Camera – avevamo detto a suo tempo in tutte le lingue che la legge 219 del 2017 sulle "disposizioni anticipate di trattamento" conteneva già in sé il principio eutanasico, e proprio quel principio è stato utilizzato dalla Corte costituzionale nell'emettere la sua ordinanza. La Consulta, infatti, ha detto fondamentalmente una cosa molto semplice: se voi in Parlamento – è il ragionamento della Corte – avete già previsto di poter far morire una persona di fame e di sete per l'interruzione dei presidi di sostegno vitale tramite la condotta attiva di terzi, dal momento che nella legge sulle DAT avete considerato idratazione e alimentazione alla stregua di terapie, per quale motivo la stessa persona non può scegliere in che modo morire?

Da quella legge è partito tutto, e per questo con Maurizio Gasparri, dopo l'ordinanza 207/2018 della Consulta, avevamo presentato alcune proposte di modifica della 219 al fine di sanare le più gravi criticità e tappare le falle eutanasiche, sulla base dell'assunto che se la Corte costituzionale segnala delle situazioni

normative asseritamente non lineari, sta al Parlamento decidere in che direzione ripristinare una linearità, se andando avanti, cioè, lungo la china già intrapresa o tornando indietro rispetto a quel grave errore. Continuo a ritenere che, se si fosse agito per tempo, quella fosse la strada maestra da percorrere, aprendo un fronte legislativo e culturale a partire da una posizione molto netta e lavorando lungo le vie della politica che non sono infinite ma, se ci si mette buona volontà e un po' di fantasia, possono aprire prospettive insperate.

Inutile comunque in questo momento piangere sul latte versato e sul tempo perso, purché si comprenda che di tempo non ce n'è più e si abbia ben chiaro qual è il punto di innesco di questa situazione. Ovviamente la Corte costituzionale non potrà intervenire sulla legge 219 allargandone le maglie fino alla previsione di poter somministrare farmaci letali, come ha suggerito al Parlamento di fare, perché essa può agire soltanto sulle norme sottoposte al proprio scrutinio – nella fattispecie l'articolo 580 del Codice penale – e non su tutto l'ordinamento. Ma ricordiamoci che questo meccanismo è il medesimo che è stato messo in atto, in un altro ambito, per la *stepchild adoption*, per la cui introduzione è stato utilizzato il comma 20 della legge sulle unioni civili che fundamentalmente rimanda il completamento dell'opera alla giurisprudenza.

In definitiva, il problema è piuttosto semplice: se continuiamo a non fare nulla, sappiamo dove si arriverà. Noi abbiamo un solo punto di vantaggio nei confronti dei nostri avversari: conosciamo il punto di arrivo, perché sappiamo come l'ordinanza della Consulta può divenire "legislazione". Credo dunque che in Parlamento possiamo fare qualsiasi cosa, ma stare fermi non è una soluzione. Abbiamo già perso troppo tempo.

Vorrei concludere con una notazione. Quando si pensa che una sfida sia proibitiva, che si abbia il mondo contro, che la minoranza da cui si parte sia troppo esigua per poter giungere a un coinvolgimento più ampio, bisognerebbe sempre ricordare cosa accadde all'epoca del caso di Eluana Englaro. A quel tempo, come testimoniato dalle rilevazioni demoscopiche, il comune sentire era stimato tutto a favore della morte della ragazza e di chi, come suo padre Beppino, perseguiva ostinatamente tale esito. Nel momento in cui il problema è stato posto nei suoi termini reali, nel momento in cui è iniziata una mobilitazione e sono state attivate iniziative anche legislative e istituzionali in difesa della vita, il convincimento dell'opinione pubblica è cambiato radicalmente.

Cosa voglio dire con questo?

Che tutto si può fare, tranne pensare di vincere una battaglia senza combatterla.

III

TESTIMONIANZE DEI CORPI INTERMEDI,
E NON SOLO...
(in ordine alfabetico)

EUTANASIA E MINORI:
DISUMANO LO STRAPPA DEI FIGLI ALLE MADRI
PER CONSEGNARLI ALLA MORTE

di Antonio Affinita

per il MOIGE – Movimento Genitori

Charlie, Alfie, Isaias e Ines, e tanti altri i cui nomi sono scritti nel cuore straziato dei loro genitori, che nel Regno Unito, in Belgio, in Olanda sono stati fatti morire perché continuare a vivere, nelle loro condizioni, non era nel loro «miglior interesse», e questo lo hanno deciso medici e magistrati dopo aver espropriato, cioè rubato, il naturale ed ineludibile diritto della patria potestà dei genitori sui loro bambini. È una deriva inaccettabile quando in presenza di prognosi infauste (per la scienza medica che rimane sempre relativa in quanto non è certa) lo Stato “sequestra” o meglio strappa il figlio alla mamma e lo condanna a morte.

Ad esempio, la vicenda dell’omicidio di Charlie rimane esemplare per capire fino in fondo il tema eutanasia e minori.

In particolare, il Regno Unito, prendendo le mosse da un diritto che non gli appartiene, (in quanto lo Stato viene dopo la famiglia, e non può appropriarsi dei suoi inalienabili diritti, i figli in primis), ed applicando un opinabilissimo concetto utilitaristico di vita («lui non ha qualità di vita e non ha prospettiva di averne in futuro»), ha dichiarato davanti al giudice una delle dottoresse curanti di Charlie Gard per giustificare la sua raccomandazione di togliere i sostegni vitali), ha impedito ai genitori di Charlie Gard di somministrargli una cura sperimentale e che forse avrebbe consentito progressi nella lotta alla malattia rarissima da cui era affetto.

Ancora più allucinante il caso di Alfie Evans, fatto morire senza essere arrivati a una diagnosi precisa della sua malattia, cosa peraltro che non permette di ridurre i rischi di eventuali prossime gravidanze di sua madre.

Ci troviamo di fronte ad uno dei più gravi soprusi verso il diritto a educare e crescere i figli, che i genitori hanno come diritto iscritto nella loro stessa natura. Questo diritto è inalienabile e insostituibile per opera di alcun potere, sia esso religioso, civile ed economico.

Come mamme e papà non possiamo accettare che si viva e si muoia in base a una scelta di qualcuno o meglio del burocrate di turno, che crede di fare “l’interesse del minore”.

Nella quasi totalità dei casi il supremo interesse del minore lo esercita la mamma ed il papà e quando abbandoniamo questo principio i casi sopra esposti crescono e diventano terrificanti.

Così si spiega anche la disumana intransigenza dello Stato quando, tramite il suo braccio armato, non permette a questi bambini malati di essere trasferiti in altri ospedali o riportati a casa dai genitori.

Questa è la pena di morte: lo Stato strappa il figlio alla mamma e decide il luogo e l’ora nel quale il bambino dovrà morire.

Ecco cosa succede quando una civiltà sostituisce il concetto di qualità della vita a quello di sacralità della vita e al diritto dei genitori di curare il proprio figlio in coscienza. Ecco cosa succede quando le leggi incaricano i medici e magistrati di “rubare” il diritto dei genitori di curarli secondo il loro amore incondizionato.

Queste storie di morte obbligatoria, tristi e raccapriccianti, che in un certo modo si incrociano con quelle altrettanto orribili che stiamo leggendo in questi giorni sui bambini di Bibbiano nel reggiano, bambini sequestrati ai genitori e torturati per alimentare interessi economici e ideologici di gruppi ben organizzati, aprono alla necessità di ribadire un concetto forte e chiaro: non si tocca la famiglia!

È veramente preoccupante ed inaccettabile uno Stato che vuole entrare su tematiche così intime e importanti come il fine vita dei nostri figli, così come sulla scelta di cura ovvero sull’educazione, sui principi e sui valori.

Lo Stato etico non ci interessa, ha già fatto troppi danni.

Occorre ribadire che sul tema della vita e della morte dei minori, i genitori e non altri devono essere i protagonisti di questi momenti difficili e faticosi, perché articolati su percorsi valoriali ed etici difficilmente definibili. Spetta quindi solo ai genitori insieme al loro medico di fiducia, ma anche insieme ad altre figure fiduciarie apportatrici di competenza, scegliere le azioni più proprie per la tutela e la vita dei loro figli.

Solo in questo contesto fiduciario, e non in quello burocratico-normativo si può generare la innata vocazione alla vita che alberga nel cuore della mamma e del papà. Statene certi: non succederà quello che è successo a Charlie, Alfie, Isaias e Ines, e tanti altri.

In questa sfida per il fine-vita dei minori, in una società multiculturale dove i valori naturali ed umani, un tempo condivisi, ma ora lo sono sempre meno, solo un cammino autentico di libertà piena e rispettosa dei diritti inalienabili ed intoccabili dei genitori potrà restituire umanità, senso al fine vita dei nostri piccoli.

Pertanto, le leggi su questi temi sono semplicemente pericolose e perniciose, e i casi sopra esposti ne sono l'esempio più chiaro ed eloquente.

Il crinale criminale su cui le Nazioni che hanno adottato norme sull'eutanasia, che arrivano a strappare i figli alle mamme per consegnarli al braccio della morte sono fin troppo evidenti.

In questo impegno per i diritti delle mamme e dei papà a protezione dei nostri figli, noi ci siamo!

LA VITA CHIAMA VITA!

di Roberto Bettuolo

per l'Associazione di formazione L'Albero

Con l'ordinanza 207/2018 la Corte costituzionale si è pronunciata su una eccezione di incostituzionalità a proposito dell'art. 580 del codice penale e ha chiesto alle camere di legiferare entro il 24 settembre 2019, data in cui la stessa Corte tornerà sul tema al fine di garantire alcuni diritti soggettivi costituzionali in casi limitati di aiuti al suicidio.

In riferimento al prossimo dibattito parlamentare, come associazione L'Albero vorremo fare un intervento a partire dall'esperienza personale e, visto il contesto di associazionismo cattolico, traendo spunto da alcune indicazioni date da Papa Francesco nel messaggio alla Pontificia Accademia per la vita a fine 2017 e dal catechismo della Chiesa Cattolica.

Pochi mesi fa è mancato Davide all'età di 41 anni, un caro amico e membro dell'Albero, malato di cancro da due anni, ha lasciato la moglie Ilaria e i due piccoli Matteo e Sara.

Due anni fa ci ha lasciato Michael a 40 anni malato da 3 anni, anche lui un caro amico, marito di Silvia e papà della piccola Nami di 5 anni; il suo sogno era arrivare ad accompagnare la figlia il primo giorno di scuola.

Nel mistero della vita mi ha impressionato che entrambi questi amici hanno combattuto fino alla fine 'per la vita', anche quando il responso dei medici non dava più speranze con le terapie, accompagnati e accuditi fino alla fine dai familiari ed amici.

Ci sono tre aspetti che mi sono rimasti impressi.

Primo, la vita chiama vita, sempre! Anche nei momenti più tragici, la vita è un dono che riceviamo e che non possiamo interrompere, la dobbiamo accogliere e accompagnare fino alla fine, fino all'ultimo respiro, rispettandone soprattutto i momenti più delicati e fragili.

Secondo, gli ultimi momenti di sofferenza sono quelli più delicati, soprattutto quando il percorso è irreversibile e non ci sono più speranze di guarigione, una sofferenza che tocca sia il paziente che i suoi familiari più stretti.

Terzo, i medici e il servizio sanitario devono farsi carico di accompagnare il paziente e anche di supportare i familiari.

A partire da questi aspetti prendo spunto dalle parole del Papa: “L’imperativo categorico è quello di non abbandonare mai il malato ... Amore e vicinanza sono necessarie più di ogni altra cosa ... Della malattia non possiamo sempre garantire la guarigione della persona vivente, ma possiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirci inutilmente contro la sua morte”.

Per cui siamo contrari all’accanimento terapeutico, in accordo a quanto dice il catechismo: “È moralmente lecito rinunciare all’applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico di proporzionalità delle cure”, e siamo a favore all’alimentazione, all’idratazione e alla centralità della medicina palliativa.

Inoltre, è bene focalizzarsi maggiormente sulle persone vicine al paziente, i suoi cari, che in molti momenti vivono stremati nella sofferenza della situazione, è bene intensificare il servizio di sostegno psicologico e di volontariato creando reti di supporto con persone che stiano vicino in vario modo negli ultimi momenti e anche successivamente. Nessuno dovrebbe sentirsi lasciato solo.

Infine, il personale sanitario deve essere ben formato, attento e capace di seguire e gestire tali dinamiche delicate.

La vita è un mistero, la vita chiama vita e si trasforma. Siamo chiamati a custodirla e ad accompagnarla soprattutto nei momenti di maggiore fragilità, come singoli ma anche come comunità.

Proprio per la delicatezza e difficoltà del tema invitiamo i parlamentari a portare le argomentazioni e riflessioni con determinazione ma anche con ‘pacatezza’, cercando se possibile di arrivare a soluzioni normative più condivisibili possibili.

UMANIZZARE LA MEDICINA, PER SERVIRE OGNI ISTANTE DI VITA

di Aldo Bova

per il Forum delle Associazioni Sociosanitarie

Abbiamo accettato con molto piacere di partecipare al gruppo di strutture promotrici del seminario sul tema: «“Diritto” o “condanna” a morire per vite “inutili”?», perché riteniamo che uniti sugli stessi valori con l’equilibrio, la serenità e la fermezza dialogica si può sperare di vincere.

Abbiamo come elemento principale e caratterizzante del nostro statuto, la promozione e la tutela della vita dal concepimento al suo termine. Questo indirizza il nostro operato affinché si generi cultura del rispetto della vita e di tutela della vita, nonché verso una critica ragionata per la legislazione vigente sul fine vita, e una richiesta di modificare la legge per aspetti a nostro parere inaccettabili. In una parola, operiamo per una cultura di Umanizzazione della Medicina.

A nostro parere, pertanto, sono indispensabili azioni concrete di formazione culturale di rispetto e di amore della vita, così come sono necessarie azioni di critica autorevole e ragionata all’esasperato concetto di autodeterminazione, all’annullamento dell’autonomia professionale del medico, all’approvazione della condizione con cui non si riconosce l’obiezione di coscienza del medico e delle strutture sanitarie cattoliche, alla classificazione di nutrizione e idratazione come terapia.

Quindi, vanno promosse iniziative per rendere più equilibrata l’autodeterminazione, riconoscere l’obiezione di coscienza del medico e delle strutture sanitarie, nonché riconoscere idratazione e nutrizione, come sostegni vitali.

Al di là di questi tentativi di modificazione della legislazione vigente, riteniamo che tutte le forze in campo, che vogliono tutelare la vita debbano sempre adoperarsi nel concreto per far comprendere il valore e la bellezza della vita in ogni istante e la bellezza dell’Amore, per poter far accettare la vita, anche in condizioni di difficoltà; devono adoperarsi e ricercare la strada, per far risorgere un buon rapporto, un rapporto buono fra medico e persona sofferente ed infine devono adoperarsi affinché si sviluppino politiche di sostegno vero, concreto alle famiglie che assistono ammalati gravi.

DIGNITÀ E LIBERTÀ: UN BINOMIO A FAVORE DELLA VITA

di Marina Casini Bandini

per il Movimento per la Vita Italiano

Sono fondamentalmente due i motivi per cui il Movimento per la Vita Italiano ha aderito all'iniziativa «“Diritto” o “condanna” a morire per vite “inutili”?». In primo luogo, il momento che stiamo vivendo – il riferimento è alle spinte per legalizzare suicidio assistito ed eutanasia – esige una risposta forte, un'uscita dal torpore e il coraggio di un confronto senza timori.

Non è banale ricordarlo: sono davvero in gioco il bene comune e il tessuto veramente umano delle relazioni. E questo vale non solo quando qualcuno si arroga il potere di decidere chi deve vivere e chi deve morire, ma anche quando si promuove una libertà individuale assolutizzata e scardinata dalla verità della dignità umana e dalla solidarietà verso coloro che sono colpiti dalla malattia o dalla disabilità.

In secondo luogo, è molto importante che certe battaglie così fondamentali avvengano nell'unità – o almeno in “rete”, come si usa dire – tra le varie realtà associative. I “ponti” vanno gettati anche tra noi. Certo, ogni realtà ha il suo specifico, la sua storia e la sua missione che è ricchezza per tutti, ma è importante mantenere uno spirito collaborativo nei momenti forti che segnano il destino di questo Paese o in vista di iniziative particolari. L'anelito alla collaborazione aiuta anche a superare quei ripiegamenti e quei “recinti” che ostacolano un cammino costruttivo.

Le questioni del fine vita sono veramente complesse e tormentosi i dilemmi riguardanti i limiti di una medicina che può diventare altamente invasiva specialmente nei confronti delle patologie inguaribili e inarrestabili. Non si può, poi, restare indifferenti di fronte alla sofferenza, allo sconforto, alla stanchezza e talvolta alla disperazione che in alcuni momenti attanaglia il paziente e i familiari e che può portare a pensieri di morte. Tuttavia, quando il dibattito si pone sul piano giuridico e legislativo la questione in gioco è fondamentalmente antropologica e culturale e coinvolge i cardini fondamentali della convivenza umana. Dunque, la riflessione deve portarsi sul piano della razionalità e del bene comune.

Rispetto alle problematiche e alle questioni poste dal “fine vita”, questo contributo offre alcune considerazioni – poco più che spunti – su due dei temi fondamentali in gioco: la dignità e la libertà.

Il Movimento per la Vita è nato dalla contemplazione della dignità umana nel più povero dei poveri – il bambino non ancora nato, simbolo di ogni ultimità ed emarginazione. Siamo convinti che lo sguardo sull’inizio della vita umana è capace di generare una cultura nuova, un nuovo umanesimo (la civiltà della verità e dell’amore) caratterizzato dal riconoscimento dell’uguale valore di ogni essere umano, sempre persona – preziosa, unica e irripetibile – e mai cosa o materiale di scarto. Tutto questo riguarda, ovviamente e inevitabilmente, anche la vita afflitta dalla malattia o dalla disabilità. Come lo sguardo sul figlio concepito rinforza ogni altra attenzione verso gli ultimi, così, al contrario, il rifiuto dello sguardo che riconosce la piena umanità del più piccolo degli uomini, indebolisce ogni altra forma di solidarietà. Infatti, culturalmente e praticamente parlando, la permissività sociale e giuridica dell’aborto si traduce in una perdita di chiarezza su tutto l’uomo. Non si può negare che la mentalità eutanasi è figlia della mentalità abortista. Non è un caso se la legittimazione giuridica dell’aborto precede quella dell’eutanasia e del suicidio assistito.

Ma torniamo più specificatamente sul tema della dignità. Le moderne carte sui diritti dell’uomo, a partire dalla Dichiarazione universale del 1948, ne mettono in risalto due caratteristiche: l’inerenza e l’uguaglianza. Essa, cioè, è intrinseca alla vita umana ed è presente con la stessa forza e la stessa intensità in ogni esistenza umana; dunque non è accessoria, non è graduabile, non è variabile né mutevole. Appartiene, alla categoria dell’essere, non dell’avere o del fare o del produrre o dell’apparire. È incondizionata e fonda in profondità il principio di uguaglianza (non discriminazione). È il minimo comune denominatore che ci accomuna e che ci rende laicamente “fratelli”. Ciò significa che qualunque malattia o disabilità non può attutire o distruggere il valore della vita, modificare lo statuto di persona del malato o del disabile. Di qui il rifiuto dell’abbandono terapeutico e della mentalità dello scarto di cui si alimentano eutanasia e suicidio assistito. Ma, ovviamente, riconoscere l’inerente e uguale valore della vita non significa che essa debba essere mantenuta a tutti i costi. È doveroso il rifiuto dell’accanimento terapeutico ed è lecito optare per una desistenza terapeutica, ma è all’interno di un’autentica alleanza medico-paziente che va ricercata la soluzione dei casi complessi, difficili e controversi, sempre senza scivolare in logiche eutanasiche. La morte va accettata come inevitabile limite ed esito dell’esistenza terrena, ma mai volutamente cagionata.

La dignità è connessa alla libertà in due sensi. Innanzi tutto perché il riconoscimento dell'inerte e uguale dignità umana è il fondamento della libertà (Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo): una libertà senza riconoscimento della dignità umana – propria e altrui – si traduce in sopraffazione dell'altro o in autodistruzione. Già questo indica che la libertà non è un bene supremo e assoluto, sganciato da limiti e contenuti. Il principio di autodeterminazione, abbondantemente richiamato nell'ambito del fine vita quando si parla di eutanasia o di aiuto al suicidio, è interpretato in chiave individualista, in termini assolutizzati, come avviene nella discutibilissima legge 219 del 2017, che ha aperto il varco alla Corte costituzionale (ordinanza 207 del 2018) per prendere la strada verso la morte volontaria socialmente organizzata nella forma dell'assistenza al suicidio. Se una persona può scegliere di morire di fame e di sete, accompagnata da una sedazione che implica un certo periodo di tempo, perché non potrebbe scegliere di morire direttamente, in un tempo più breve, con un'iniezione letale? Se il criterio che regge tutto è solo quello dell'autodeterminazione, perché questo dovrebbe valere in un caso e non in un altro? Certamente, la libertà è un bene importante in quanto è condizione di responsabilità e noi ci realizziamo anche per l'esercizio della nostra libertà. Questo vale anche per la libertà di cura. Ma la libertà non è senza da vincoli e da sola non può essere fonte di bontà morale, tanto da giustificare qualsiasi comportamento, perché la libertà si qualifica per il suo contenuto e per i fini a cui tende. Parafrasando un pensiero di Angelo Bagnasco: scegliere di fare una passeggiata per andare a trovare un'amica o visitare una persona anziana non è la stessa cosa che scegliere di fare una passeggiata per andare a fare una rapina.

Bisogna, inoltre, considerare che «nessun uomo è un'isola» (T. Merton) e che perciò la nostra libertà si esercita nella relazione. «Si può dimenticare il degrado del proprio corpo, se lo sguardo degli altri è pieno di tenerezza»: lo sguardo pieno di tenerezza è lo sguardo che riconosce il valore, la dignità, dell'altro e che poi si declina in premurosa attenzione, conforto, compagnia, sostegno nella prova... Ciò significa che lo sguardo – di tenerezza o di indifferenza – altrui è decisivo per l'esercizio della libertà in una direzione o in un'altra. Siamo tutti “collegati”, chiamati a questo sguardo carico di tenerezza e a “custodirci” vicendevolmente nel riconoscimento della uguale dignità della nostra vita. Perciò, è discutibile l'idea secondo cui l'autodeterminazione in ordine alla propria morte è l'ultima parola, il criterio supremo e ultimativo, oltre il quale c'è solo il dovere di adempimento. In realtà, sullo sfondo c'è il nostro lo sguardo, lo sguardo della società. Se così non fosse il “diritto di morire” dovrebbe essere garantito anche a chi non è malato inguaribile o gravemente disabile. Invece, non è così. L'ele-

mento differenziale risiede nella valutazione che della dignità umana viene data non dal diretto interessato, ma dagli altri, dalla società. Questo diverso atteggiamento in ordine alla dignità umana introduce quella violazione del principio di uguaglianza già incontrata tra nati e non ancora nati e distrugge la radice di ogni autentico e solidaristico legame tra gli uomini. Una diffusa mentalità eutanassica conduce all'“autoesclusione” per “eterodeterminazione” e d'altra parte, l'enfasi sull'autodeterminazione individuale indebolisce le istanze della solidarietà.

Non solo, non è poi così peregrino supporre – come dimostrano le esperienze di altri Paesi – che si cominci parlando di autodeterminazione e si proceda ignorandola in nome di politiche sanitarie, valutazioni economiche, priorità nell'allocazione delle risorse che non tengono conto di chi versa in gravi condizioni di salute o di disabilità.

É proprio in virtù della dignità e della libertà così delineate che sono da ritenere inaccettabili eutanasia e suicidio assistito.

Bisogna perciò scongiurare il rischio che, in assenza di un intervento del Parlamento, la Consulta consolidi quanto affermato nell'ordinanza 207/2018, depenalizzando l'aiuto al suicidio nelle «ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Con la conseguenza che il legislatore non potrà poi che adeguarsi anche allargando le maglie della legge 219/2017.

Al momento, il Parlamento, dopo un certo dibattito non approdato a un punto di sintesi, è scivolato nell'inerzia. Ma l'appuntamento resta alla data del 24 settembre. Sarebbe, invece, necessario uno scatto di consapevolezza e responsabilità da parte del Legislatore per trovare una soluzione che, pur tenendo inevitabilmente conto dell'ordinanza 207/2018, escluda fermamente la liceità di ogni percorso di morte medicalmente procurata e garantisca il massimo impegno scientifico, tecnico, organizzativo per assicurare a tutti le cure palliative (legge 38/2010). Altri aspetti, poi, sono chiamati in causa: il rinforzo dell'assistenza sanitaria anche a domicilio; la sicurezza di ottenere le cure adeguate e fruibili (compresa idratazione e nutrizione assistita); il supporto economico a chi ha maggiori necessità; l'aiuto alle famiglie; il miglioramento delle strutture ospedaliere sia dal punto di vista ambientale che dal punto di vista della formazione umana e professionale degli operatori. Questo è ciò di cui c'è veramente bisogno. Una valutazione pessimistica ma realistica, suggerisce che non ci sarà alcun intervento legislativo. Ma almeno avremo fatto sentire le ragioni della vita.

NESSUNO PUÒ SPEGNERE IL DESIDERIO E LA SPERANZA

di Paolo De Carli

per l'Associazione Nonni 2.0

L'Associazione Nonni 2.0 è già intervenuta in sede di Audizione al Senato sulla proposta della attuale legge n. 219 del 2017.

In tale sede l'Associazione aveva richiesto una sensibile attenuazione del valore obbligante dal testo assegnato alle disposizioni soggettive del malato e un sensibile ampliamento della rilevanza delle valutazioni del medico o dei medici curanti. In secondo luogo, proprio per la chiara apertura del testo della legge 219 a ipotesi eutanasiche, l'associazione aveva chiesto l'introduzione di una previsione espressa della obiezione di coscienza da parte di medici, personale sanitario e strutture sanitarie con diversa impostazione ideale e culturale. Richieste queste consone a quanto affermato poi dal card. Gualtiero Bassetti in un discorso del gennaio 2018 che rifletteva le preoccupazioni in merito alle imminenti elezioni. Infine, l'Associazione aveva rilevato la pretesa della legge sopradetta (all'art. 1) di porsi come legge di principio facendo prevalere il nuovo criterio della autodeterminazione del paziente nei confronti della tutela della vita, della salute e della dignità umana e chiedendo una inversione nella rilevanza degli stessi criteri. Nessuna di queste richieste è stata soddisfatta in sede di approvazione della legge.

Ora la Corte costituzionale, con l'Ordinanza n. 207 del 2018, nel decidere su un caso successivo alla approvazione della legge 219, non paga della nuova normativa introdotta, richiede espressamente al legislatore l'introduzione di una disciplina espressamente eutanastica, secondo la modalità di una "eutanasia attiva", minacciando altrimenti una pronuncia di incostituzionalità dell'art. 580 del codice penale, che finirebbe per depenalizzare l'aiuto al suicidio. Si era paventato con l'introduzione della L. 2019 del 2017 un effetto di *slippery slope*, di "pendio scivoloso" verso una liberalizzazione selvaggia dell'eutanasia ma certo non si poteva immaginare che fosse la Corte costituzionale a dare un contributo così determinante al verificarsi di quell'effetto.

L'Associazione Nonni denuncia l'improprietà costituzionale di una simile pronuncia della Corte, che va al di là dei suoi poteri, invadendo quelli dell'organo parlamentare e invita il Parlamento a tutelare la propria autonomia e competenza non sentendosi vincolato (come giuridicamente non è vincolato) alla

pedissequa esecuzione delle prescrizioni contenute nella Ordinanza del 24 ottobre 2018. S'aggiunga che non sarebbe neppure consono alla dignità dell'organo parlamentare di ritornare su una propria recente, dibattuta e sofferta decisione legislativa, sconvolgendone l'assetto fondamentale per introdurre espressamente dei casi di eutanasia attiva non richiesti di per sé dalla Costituzione (come peraltro riconosciuto dallo stesso corso della giurisprudenza costituzionale).

Per questo l'Associazione non ritiene di approvare i progetti di legge apertamente eutanasi (Proposta di iniziativa popolare A.C. n.2 del 13-9-2013, Proposta Cecconi n. 1586 del 2019, Proposta Rostan n. 1655 del 2019, Proposta Sarli e altri n. 1875 del 2019), che, al di là della contrarietà ai valori cui si ispira l'Associazione, non rispondono neppure a un comportamento autonomo e dignitoso dell'organo parlamentare in questa vicenda istituzionale. Grave sarebbe infatti se si consentisse e approvasse una prassi per la quale la stessa Corte fosse legittimata a imporre al Parlamento prescrizioni analoghe a quelle contenute in una legge-delega.

Con le norme penali, e così è con l'art. 580 C.P., ci si preoccupa di porre dei limiti estremi, degli argini per la tutela di valori fondamentali come quello della vita umana, che è sacra in un bambino, come in un handicappato, come in un vecchio. Questo è dunque l'argine estremo ma poi la vita va tutelata con la cura materiale, morale e spirituale anche di coloro che non ne riconoscono più la positività, perché possano risentire quel desiderio e quella speranza che sono i connotati della stessa essenza e della stessa forza vitale dell'uomo. L'essenza e la forza vitale sono proprie dello "spirito" dell'uomo che convive ed è innestato nel "corpo" dell'uomo ma che non si identifica con esso, come è dimostrato dalla stessa coscienza delle persone anziane che progressivamente sentono un distanziarsi del corpo dallo spirito; infatti mentre il corpo decade sempre più, lo spirito continua a sentirsi attivo e positivo. La morte, peraltro, secondo la nostra concezione tradizionale, non è che il distacco finale del corpo dallo spirito (anima) evidente alla semplice visione di un corpo senza vita, ma non è al contempo la "morte dello spirito".

Se riconosciamo il valore della vita e dello "spirito" in un bimbo, in un handicappato o in un vecchio tanto da vietare nei confronti di codeste persone comportamenti di persuasione al suicidio e da riconoscere che la legge deve tutelare la loro vita al di là di una loro convinzione o autodeterminazione personale (lo dice anche la Corte nella citata Ordinanza e lo dicono tutti i Progetti di legge eutanasi che ne escludono la praticabilità per minori e incapaci), perché non dovremmo ritenere che lo stesso valore vada tutelato anche in chi appare pienamente capace? È evidente che, se si privilegia decisamente la tutela dell'au-

to determinazione rispetto a quella della vita e della salute, si passerà presto a costruire forme dirette o indirette di determinazione della volontà suicida per handicappati, vecchi o bambini e a consentire forme di aiuto a tale determinazione. È quello che è già avvenuto, ad esempio in Olanda. Potremo allora dire che l'argine della legge è totalmente crollato dando luogo a un grave disordine e a una allarmante involuzione della civiltà giuridica e civile.

L'Associazione Nonni che rappresenta proprio le persone più direttamente interessate al loro "fine vita", intende dunque operare perché sia pienamente tutelata la vita senza accanimenti terapeutici e con l'utilizzo delle cure palliative del caso, ribadisce le richieste fatte in sede di audizione preliminare all'approvazione della Legge n. 219 del 2017 e sostiene ogni possibile azione perché, anche nel periodo di fine vita, sia garantito al malato un contesto umano relazionale che coinvolga le strutture di cura assieme a un ambito di rapporti familiari, amicali e sociali che valorizzi la positività di ogni vita. Infine, ritiene che fra i progetti di legge presentati possa avere un valore ragionevolmente e minimamente correttivo della legge 219 del 2017 quello presentato il 5-6-2019 a firma Pagano e altri e portante il n.ro 1888.

SI SCRIVE “EUTANASIA”, SI LEGGE “ABERRAZIONI”

di Emmanuele Di Leo

per Associazione Steadfast Onlus

Con Steadfast Onlus ci occupiamo di diritti umani e il primo tra tutti, è sicuramente la vita.

Abbiamo istituito un progetto, LifeAID “aiuto alla vita”, che si pone l’obiettivo di fare lobby per contrastare la deriva eutanastica che sta colpendo la società odierna.

Abbiamo lavorato attivamente, in collaborazione con le famiglie, ad alcuni dei casi più eclatanti avvenuti recentemente tra cui Charlie Gard, Isaiah Hastrup e Alfie Evans e tantissimi altri casi meno noti facendo rete con le associazioni che svolgono la stessa attività in tutto il mondo.

Nei Paesi in cui l’eutanasia è già stata introdotta le aberrazioni sono inenarrabili.

L’eutanasia viene applicata anche nei Paesi in cui non è ancora consentita attraverso forzature giuridiche delle leggi esistenti con sentenze che vanno sempre e comunque in questa direzione.

Non esiste più un progetto serio che si prenda cura del malato, più o meno grave e non necessariamente in fin di vita.

In questi giorni abbiamo assistito alla lenta agonia di Vincent Lambert, ucciso di fame e sete in Francia grazie ad un “sentito dire” riguardo le sue volontà. È morto dopo 10 giorni.

Si entra in ospedale per essere curati e non si è più padroni della propria vita, perché qualcuno ci giudica indegni, inutili.

E quando medici e famiglia si trovano discordi, un giudice compiacente che accondiscende alle richieste di eutanasia è sempre disponibile.

L’unico metro di giudizio ormai è la “qualità della vita”, lo leggiamo in tutte le sentenze.

Ma chi è in grado di stabilire davvero quale sia? Ogni vita vale.

Stiamo assistendo, spallata dopo spallata, alla demolizione della nostra civiltà, del nostro essere umani.

Ci stiamo assuefacendo al politically-correct che continua a propinarci la parola autodeterminazione.

In Italia la legge 219/17, introducendo le DAT sta già consentendo, come successo a Trieste nel caso del Sig. Claudio De' Manzano, l'eutanasia omissiva attraverso la sospensione delle cure assistenziali di base quali l'idratazione e la nutrizione.

Preme sottolineare che i dottori ritenevano il paziente in una situazione clinica per cui le cure si configuravano NON come accanimento terapeutico.

La figlia, facendo valere presunte volontà non scritte, e quindi palesemente fuori dai termini previsti dalla attuale normativa, ha fatto ricorso in tribunale ottenendo il trasferimento in altra clinica dove il padre è spirato. Dopo 18 giorni senza acqua, senza cibo e con sedazione profonda.

I medici dell'ospedale dove il signor Claudio era ricoverato e che si sono rifiutati di sospendere idratazione e nutrizione, in ottemperanza alla legge, rischiano l'incriminazione perché l'obiezione di coscienza non è stata prevista o, più correttamente, gli emendamenti che la proponevano sono stati ignorati.

Quello che vi dico oggi è che la nostra esperienza sul campo maturata fianco a fianco con gli ammalati e chi li cura, ci insegna che nessuno vuole davvero morire volontariamente.

In ogni storia, in ogni caso, anche il più tragico se sapete guardare bene tra le righe troverete i piccoli segnali, le richieste silenziose di aiuto, le urla di disperazione.

Quello che abbiamo capito è che le persone hanno paura, pensano di non potercela fare, di essere un peso per chi li accudisce e soprattutto hanno timore di essere lasciate sole.

Lo Stato deve quindi accompagnare, aiutare, rendere disponibili aiuti sanitari medici ed economici, garantire sostegno psicologico a malato e familiari.

Se vogliamo una società dove il più fragile si senta accolto i Governi devono lavorare in questa direzione.

La tutela della vita del più debole deve essere la stella polare che guida le loro azioni, non un problema da risolvere offrendo l'aiuto al suicidio o l'eutanasia.

Nei casi di fine vita lo Stato deve incentivare le cure palliative rendendole veramente accessibili offrendo una terapia del dolore efficace.

Il nostro progetto SoniAID nasce per offrire un sostegno persona verso persona, tenendo sempre presente che la persona in situazione di fragilità non è una povertà ma una ricchezza, che emana vita e la irradia chi le sta vicino.

Non è pensabile che l'aiuto al suicidio sia una soluzione per chi, spesso, è semplicemente depresso.

Non è pensabile che un medico proponga la morte per privazione di alimentazione e idratazione con la scusa di sedare profondamente il paziente.

Recentemente il caso di Noa Pothoven, in Olanda, ha reso evidente che sia i malati che le famiglie non sono adeguatamente supportate dal punto di vista psicologico.

Come può una ragazza che ha urlato al mondo di non aver avuto l'assistenza di cui necessitava essere lasciata morire così? Come può un genitore arrivare ad acconsentire che la figlia muoia di stenti?

Vogliamo davvero considerare lecito tutto questo, mascherandolo come una suprema forma di autodeterminazione, o vogliamo interrogarci sulle mancanze dello Stato in questa situazione?

La legge italiana è chiara: il suicidio non è mai un bene.

L'aiuto al suicidio quindi è e deve restare un reato grave ed è impensabile la depenalizzazione. In qualsiasi caso. Ci rendiamo conto che non è paragonabile all'omicidio dato che spesso chi lo attua è coinvolto emotivamente, e ha perso la lucidità per capire la gravità del gesto che sta compiendo, ma si tratta di casi limite, sporadici che non possono essere usati come cavallo di troia.

Siamo realmente preoccupati che non esista una vera possibilità di limitare a casi specifici l'eventuale riduzione della pena dato che abbiamo spesso visto sentenze che interpretano la legge in maniera distorta.

Siamo altresì convinti che modificare questo articolo rischi di aprire il varco ad una mitigazione tale da non renderla più un deterrente sufficiente.

Auspichiamo che il legislatore e la Corte costituzionale tengano conto di queste osservazioni e valutino attentamente ogni modifica che intendono apportare alla legislazione vigente dato che se ne assumono in pieno le responsabilità.

Per questi motivi Steadfast Onlus non arretrerà nella sua missione di contrasto alla legalizzazione di qualsiasi forma di assistenza che permetta di accorciare queste vite piagate ma sempre degne.

NON CEDIAMO ALLA CULTURA DELLO SCARTO!

di Giovanni Falcone

Deputato XVII legislatura; Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”

Così ci risiamo, dopo Eluana Englaro, dopo il piccolo Alfie Evans, dopo..., dopo..., proprio l’11 luglio, giorno del seminario romano sull’eutanasia, è finito anche il caso di Vincent Lambert. Dopo che la Corte suprema di Parigi ha dato il via libera alla sospensione dell’alimentazione e dell’idratazione, ovviamente per ragioni “umanitarie”.

Il presidente francese Emmanuel Macron il 20 maggio aveva affermato che sulla vicenda non c’era una risposta semplice e univoca». E che non spettava al Presidente sospendere una decisione che compete ai medici e alla natura che faccia il suo corso.

Già! «Lasciar fare alla natura il suo corso» è un’espressione sovente usata da parte di chi pensa che si possa tranquillamente far morire un essere umano. Ma davvero l’espressione «lasciar fare alla natura il suo corso» può arrivare a significare il divieto di idratazione e di alimentazione di un corpo umano? Davvero «far fare alla natura il suo corso» può voler dire far spegnere una persona per mancanza d’acqua? La coscienza di ognuno di noi risponda come può e come sa.

È proprio da qui che bisogna partire per immaginare quale soluzione legislativa dare in futuro in questi casi. Una soluzione che potrebbe fondarsi sul concetto di divieto di accanimento terapeutico. Tale divieto, com’è noto, si sostanzia in un obbligo di non-fare, di non procedere alla somministrazione di cure allorché è ragionevole pensare che esse non possano in alcun modo servire alla guarigione o a qualche miglioramento significativo delle condizioni del paziente, limitando in questi casi l’opera del medico solo al sollievo dal dolore. Si tratta peraltro – ed è questo un aspetto decisivo – di un rapporto malato-familiari-medico, tenendo come elemento forte del rapporto il codice deontologico di tutti coloro che esercitano la professione medica.

Non produrre la morte di alcuno negandogli l’idratazione e l’alimentazione, togliere ogni medicamento, questo si sembrerebbe un vero «lasciar fare alla natura il suo corso» nei casi in cui si avrebbe “accanimento terapeutico”, rimettendosi al caso o ai disegni imperscrutabili di Qualcun altro che ci fa.

L'UOMO NELLA "BIOPOLITICA" DEI NUOVI DIRITTI

di Elena Fruganti

per l'Associazione Culturale Esserci

La riflessione relativa ai grandi temi antropologici ed etici, che anima il dibattito pubblico occidentale dagli anni '60 del secolo scorso ad oggi, si colloca all'interno del fenomeno della biopolitica, termine coniato per indicare il processo attraverso cui tutti i fattori della vita umana (corporei, psichici, etici) vengono inclusi nella politica e sono normati giuridicamente. Come ci aiuta a capire Michel Foucault (1926-1984), filosofo post-strutturalista francese, il processo sotteso alla categoria di biopolitica, che ha avuto avvio nel XVII sec., può venire così descritto: «La biopolitica fa entrare la vita e i suoi meccanismi nel campo dei calcoli espliciti e fa del potere-sapere un agente di trasformazione della vita umana» (M. Foucault).

In tal senso, il fenomeno della biopolitica trova precisa determinazione nei così detti nuovi diritti (P. Barcellona), relativi all'ambito bioetico e delle nuove tecnologie (N. Bobbio): es. diritto alla salute riproduttiva (aborto, contraccezione), diritto a nascere sano e ad avere un figlio sano (eugenetica), diritto alla buona morte (eutanasia), diritti sessuali (same-sex marriage, procreazione assistita, maternità surrogata, manipolazione della corporeità).

Foucault individuava nella biopolitica uno strumento indispensabile allo sviluppo del liberalismo, che si caratterizza per l'incessante produzione di libertà: «Il liberalismo non è di per sé accettazione della libertà, ma ciò che si propone di fabbricare la libertà in ogni istante» (M. Foucault).

In tal senso, i nuovi diritti non tutelano ma creano (o almeno pretendono) la libertà, intesa come assoluta e illimitata. La gamma dei nuovi diritti sottende la progressiva declinazione individualista delle fondamentali esperienze umane (nascere, amare, morire, ...) e veicola un'immagine di libertà come pura auto-determinazione e indipendenza dall'alterità (Dio, natura, corpo, altri) e dunque dalla verità, che è messa in discussione o comunque fatta coincidere con l'istanza soggettiva. La sfida che affrontiamo oggi non attiene soltanto al piano giuridico, ma culturale e antropologico ed ha radici lontane.

Passando ad esaminare l'ordinanza n. 207/2018 con cui la Corte costituzionale indica di legiferare in materia di fine vita e suicidio assistito rileviamo che sono state presentate una serie di proposte di legge, alcune delle quali sono caratterizzate da un profilo apertamente eutanasiaco.

La struttura, l'articolazione e la sostanza dell'ordinanza la rendono più simile ad una sentenza che ad un'ordinanza vera e propria, e dunque ledono in un certo qual modo la "leale e dialettica collaborazione istituzionale" (A. Mantovano), tuttavia, il vincolo posto dalla missiva chiede di riflettere sulla possibilità di ottemperare alla richiesta tutelando la dignità della vita e salvaguardando la deontologia medica.

In tal senso, la proposta di legge 1888, avanzata dalla Lega, ancorata al triplice principio: 1. del rafforzamento delle cure palliative, 2. della considerazione di nutrizione e idratazione come trattamenti sanitari di sostegno vitale e 3. dell'obiezione di coscienza, sembra garantire la dignità della vita umana sofferente e la libertà degli operatori sanitari, correggendo aspetti problematici della legge 219/2017 sul biotestamento.

L'invito della Corte a modificare l'articolo 580 del codice penale, nel caso venga recepito dal Parlamento, può essere seguito solo nella forma dell'attenuazione delle pene relative all'aiuto al suicidio assistito, ammissibile giuridicamente, qualora il soggetto attivo che coadiuva il malato nell'atto del suicidio non sia un politico che sostiene ideologicamente la liceità di procedure eutanasiche, bensì una persona che convive stabilmente col malato (le cui condizioni andranno precisate), che sia gravemente turbata dalla sofferenza del malato stesso e che agisca nell'ambito di fattispecie ben definite. Condividendo quanto riporta la Corte stessa al punto 5 del considerato in diritto dell'ordinanza, ossia che "Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire.

Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire", l'attenuazione della pena per l'aiuto al suicidio sembra la via più adeguata da perseguire, poiché riconosce il reato, ma tiene conto di fattori attenuanti che il giudice potrà rilevare di volta in volta nei casi concreti.

La prospettiva auspicabile è che i malati in condizioni di estrema sofferenza possano ricorrere a strutture che garantiscano l'adeguata presa in carico del paziente laddove i familiari non fossero più in grado di prendersene cura. Accanto al tema dell'auto-determinazione, spesso la richiesta di suicidio assistito è motivata dalla solitudine e dalla percezione di abbandono, che vanno combattuti in ogni modo, dischiudendo al soggetto una via per far fronte alla sofferenza. Come ricorda la Corte stessa "È compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.)".

AI GIOVANI NON INTERESSA LA DISPERAZIONE

di *Mattia Fusina*

per l'Associazione Vivere Salendo

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219, sulle c.d. D.A.T. è stata approvata senza molto clamore e subito dopo è arrivato il vero e proprio ultimatum, fissato al 24 settembre 2019 dalla Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207/2018, termine ormai vicinissimo.

Questa nostra iniziativa potrebbe, quindi, essere giudicata fuori tempo massimo o, comunque, inutile, ed alcuni ritengono oramai certa l'approvazione di una legge apertamente eutanassica, che comporterebbe il totale crollo di un altro argine di civiltà umana, prima che giuridica, come avvenuto in diverse, troppe circostanze, prima di oggi.

In sottofondo, persistente, suona mesta la nota dell'inevitabile: un ritornello orrendo, che dovrebbe allarmare non solo i cristiani ma, innanzitutto, coloro che amano la libertà (G.K. Chesterton, *Autobiografia*).

Noi sappiamo, tuttavia, che “nell'ambito ... della consapevolezza etica e della decisione morale non c'è una ... possibilità di addizione per il semplice motivo che la libertà dell'uomo è sempre nuova e deve sempre nuovamente prendere le sue decisioni. Non sono mai semplicemente già prese per noi da altri – in tal caso, infatti, non saremmo più liberi. La libertà presuppone che nelle decisioni fondamentali ogni uomo, ogni generazione sia un nuovo inizio” (Benedetto XVI, *Spe salvi*).

Questa vorrebbe essere la cifra del mio intervento odierno. Prendo la parola davanti a voi, infatti, a nome di un piccolo gruppo – Vivere Salendo – giovane anagraficamente, oltre che per costituzione sociale.

Per età, faccio parte di quella generazione, scampata all'aborto, che, se dovesse continuare il processo di annientamento socio-culturale e legislativo di quella che San Giovanni Paolo II chiamava “eccezione italiana”, rischia di finire, in massa, per la prima volta nella storia italiana, nelle fauci eterodeterminanti dell'eutanassia.

Vorrei così, in questa sede, umilmente, dare voce a questa generazione silenziosa ma tenace, formata da giovani che, pur nella fatica, guardano alle situazioni di malattia con tenerezza per la comune condizione umana e non con disperazione: penso alle esperienze di molti che vivono con familiari malati e che

conservano uno sguardo di amorevole gratitudine verso i propri cari, vivendo con magnanimità la circostanza quotidiana del dolore, come occasione di crescita – umana, morale, spirituale – e non come un peso di cui liberarsi il prima possibile, o come un insostenibile costo anche, ahimè, economico.

Penso ancora, in particolare, ai giovani medici, oberati da una legislazione ipertrofica, che chiedono, invece, di poter semplicemente servire la vita, seguendo la propria vocazione professionale, e di essere aiutati a conservare uno sguardo pienamente umano verso il paziente, per poterlo curare al meglio, anche – soprattutto – in quei casi in cui non vi è una guarigione possibile, senza essere costretti ad eseguire sentenze di morte, da una legge che non contempla l'obiezione di coscienza, ovvero dalla mancanza di risorse, dai tagli alla spesa sanitaria e dalla subcultura che vede nel malato un costo ingiustificato per la collettività.

Sono quegli stessi medici che ci testimoniano come nessuno, neppure il più disgraziato e sofferente, desidera spontaneamente la morte, se gli viene riconosciuta, da chi gli sta intorno, la propria ontologica dignità, se viene trattato come una persona, se viene curato con umanità. In sintesi: se è e si sente amato, pur nella fatica e nella malattia.

Vi è, perciò, l'urgenza di ristabilire un patto intergenerazionale fondato sulla solidarietà, che promuova la cura dei più deboli e sconfigga la “cultura dello scarto” (Papa Francesco).

Compito della politica è precisamente riportare al cuore del dibattito pubblico questo aspetto e valorizzare ciò che già c'è, quelle forze positive che già operano nella realtà italiana, tra i mille ostacoli di ogni giorno, permettendo a queste forze di continuare a esistere, crescere e rifondare una società che guarda all'altro non sulla base della forza, dell'efficienza e del guadagno ma a partire dall'attenzione alla debolezza ed al bisogno di ciascuno.

Per fare ciò, dobbiamo anche sgombrare il campo della riflessione intorno all'eutanasia dai luoghi comuni, gli ἔνδοξα (éndoxa), comunicativamente accattivanti ma usati troppo spesso per confondere e polarizzare il consenso: l'autodeterminazione, la libertà, il diritto a non soffrire, la dignità della persona, la qualità della vita. Coloro che hanno incarichi legislativi hanno il dovere di non accontentarsi di questi concetti superficiali ma di problematizzarli e di approfondirne ogni aspetto, per evitare di promulgare leggi che avrebbero conseguenze fatalmente negative e per scorgere, talvolta, il limite entro il quale la cieca furia del Legislatore dovrebbe contenersi.

La missione è improba e le forze sembrano non bastare mai. Come ebbe a dire Enzo Jannacci, più di dieci anni fa, di fronte alla vicenda, tristemente nota, di Eluana Englaro: “Ci vorrebbe una carezza del Nazareno”!

Eppure, il compito per tutti noi, in primis per coloro che hanno responsabilità politiche, è quello di agire, ora.

Abbiamo visto l'orrore eutanasico, lo conosciamo bene: abbiamo studiato il darwinismo sociale e la Gnadentodt nazista; abbiamo osservato con raccapriccio la deriva delle "cliniche della dolce morte" olandesi e svizzere; abbiamo lottato e stiamo lottando, anche in Italia, perché nessun malato debba più morire di fame e di sete.

È necessario agire insieme, affinché non riemerge una società in cui i forti prosperino sulla morte dei deboli, perché "ci sono limiti all'eterna misericordia verso chi è stato ingannato una volta e una seconda volta inganna sé stesso" (G.K. Chesterton, *Eugenetica e altri malanni*).

SULLA SOGLIA DI UNA RIVOLUZIONE ANTROPOLOGICA

di Massimo Gandolfini

per il Comitato Difendiamo i nostri figli

Penso si possa affermare senza enfasi alcuna che stiamo vivendo un momento cruciale per la storia del nostro Paese: la possibilità di introduzione nel nostro ordinamento il “diritto di morire” attraverso gli strumenti del diritto di eutanasia e del suicidio assistito, in deroga – in tal senso – alla recente legge 219/17 sul Consenso Informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento. È una vera “rivoluzione antropologica”, un sovvertimento di paradigma etico-sociale, considerato che da sempre il “principio di indisponibilità della vita umana” è stato l’indiscusso faro della cultura e della produzione legislativa italiana.

Vorrei iniziare senza equivoci, dichiarando la mia assoluta e inderogabile contrarietà a qualsiasi ipotesi di legalizzazione dell’eutanasia/aiuto al suicidio, trattandosi di fattispecie in totale contrasto con la storia stessa della medicina ippocratica, che precede il cristianesimo di almeno tre secoli. Va sottolineato che si tratta di principi, valori e norme che non discendono direttamente dalla tradizione giudeo-cristiana (come spesso erroneamente si afferma), ma ineriscono lo statuto ontologico stesso della professione medica: l’ars medica nasce con il fine di difendere la vita, curare i malati, sconfiggere la malattia, lenire il dolore. Il Codice di Deontologia Medica – rinnovato nel 2014 dopo un articolato e approfondito dibattito e confronto fra tutti i medici italiani – recita all’art. 3 che il dovere del medico è “la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza”. L’attuale Presidenza della FNOMCeO, pochi giorni fa ha dichiarato che “da sempre la morte è il male per i medici. La consideriamo il nemico numero uno ... Siamo chiamati a migliorare la vita, abbiamo nel DNA il rispetto della dignità, l’alleviare, il venire incontro. Non abbiamo mai pensato di modificare questo paradigma usando la morte per alleviare le sofferenze”.

Siamo, dunque, posti di fronte ad un sovvertimento radicale del principio fondamentale della professione medica e sanitaria in generale: nati per combattere con competenza umana e scientifica la morte, ci viene richiesto di diventare i “sicari” (parola del Santo Padre Francesco) che provocano la morte.

La morte è un “fatto” ineliminabile della scena umana. Non è un “diritto”. Se diventa un diritto, si fonda di conseguenza il “dovere” da parte di terzi di renderlo attuale, e si chiede al medico di provvedervi. Anzi, da una parte si “impone”

al medico di provvedervi, anche utilizzando toni addirittura intimidatori e, per certi versi, ricattatori (vedi art. 2 dell’A.C. n. 2) e, dall’altra, si crea una specie di “casta” che è autorizzata a compiere atti di omicidio in deroga al vigente Codice penale (art.3, A.C. 2). Mi rifiuto di pensare di avere studiato per più di 16 anni (tra laurea e specializzazioni), di aver fatto sacrifici enormi guadagnandomi borse di studio (la mia famiglia non nuotava nell’oro) – e come me tantissimi altri studenti prima e colleghi poi – per ridurmi a fare una flebo di cloruro di potassio o spegnare un respiratore.

Tutta la storia dell’umanità attesta quale sia stato e sia da sempre il “ruolo sociale” riconosciuto al medico e alla professione medica. In sociologia, il ruolo definisce l’”insieme di modelli di comportamento attesi e riconosciuti dalla società”, degli obblighi e delle aspettative che convergono su un individuo che ricopre una determinata posizione sociale. Quindi, rivolgersi ad un medico significa rivolgersi ad un “operatore” sociale competente nel prevenire, curare, guarire, affrontare malattie con la finalità di tutelare la salute e, quindi, la vita di chi gli si affida: questo è il paradigma inderogabile dell’ars medica.

Il compito della professione medica è di CURARE SEMPRE, anche quando non si può guarire (la grande differenza che corre fra “to care” e “to cure”: il PRENDERSI CURA, sempre, fino alla fine naturale). Entro questa cornice, contesto l’affermazione del dato temporale “prognosi infausta inferiore a 18 mesi” (art.2, comma e, A.C. 1586), che, sul piano tecnico, presenta anche la grave criticità di essere un lasso di tempo troppo lungo per stampare addosso al malato l’etichetta di “terminale”. In 18 mesi, con lo sviluppo scientifico e culturale del nostro tempo, può accadere di tutto, anche ciò che è assolutamente impossibile prevedere all’atto della sentenza mortifera. E dato che la vita è un bene “irreparabile” – una volta persa non è possibile tornare indietro –, è doveroso considerarla un BENE INDISPONIBILE che implica un dovere di solidarietà bidirezionale: dalla società al malato e viceversa. Non è certamente a caso che la nostra Costituzione è scritta basandosi sul diritto fondamentale della vita, essendo insussistente il “diritto alla morte”.

Eutanasia e aiuto al suicidio negano palesemente la relazione di cura e ogni sforzo per una condivisa “pianificazione della cura” (art. 5, Legge 219/17), snatura radicalmente l’ontologia dell’atto medico e trasforma il medico in un attore di morte, mero esecutore di volontà altrui. Si chiede al medico di agire in modo tale che dalla sua condotta derivi la morte del suo paziente, in totale contraddizione rispetto all’art.17 del Codice Deontologico: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”. Con l’imposizione della scelta eutanastica, la stessa pianificazione della

cura diventa una vera finzione (o farsa!), un film che si può spegnere in qualsiasi momento, a prescindere da ogni criterio di giudizio e di merito inerente la condizione clinica del malato.

C'è da chiedersi come si possa “armonizzare” in modo logico e razionale il diritto di eutanasia/suicidio dentro il contesto delle “relazione di cura e fiducia tra paziente e medico” di cui all’art. 1, comma 2, Legge 219/17. Pur ammettendo che la stessa legge introduce “l’obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza, tramite l’interruzione dei trattamenti sanitari” (come affermato nell’Ordinanza della Corte Costituzionale 207/18), non per questo ne discende in modo automatico l’obbligo per il medico di porre fine all’esistenza di un malato che ne facesse richiesta. Il dizionario della lingua italiana Treccani definisce “terapia” lo “studio ed attuazione concreta dei mezzi e dei metodi per combattere le malattie”. Se l’uccisione del paziente può essere considerata una “terapia” efficace per combattere malattia, dolore, sofferenza dobbiamo immaginarla come un’opzione da proporre al malato in ambito di acquisizione del consenso informato!

La Legge n. 833/78 che istituisce il SSN definisce i presidi sanitari “luoghi destinati alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica”. Le presenti proposte di legge, predisponendo che il trattamento eutanasi debba realizzarsi presso una “struttura sanitaria pubblica”, stravolge la natura stessa del presidio sanitario, trasformandolo in un luogo legalmente idoneo a comminare la morte del malato.

Ancora una volta viene esaltato ed estremizzato il criterio della “qualità della vita”, portando – di conseguenza – all’idea che esistano “vite indegne di essere vissute”. Si emette un giudizio di valore certamente soggettivo ed arbitrario che è inaccettabile anche a livello di decisione personale. Correlato a questo è il concetto di “diritto di morte dignitosa”, cui consegue la scelta libera di “modalità di interruzione della propria vita”. La legge 38/2010, inerente terapia del dolore e cure palliative (ad oggi ampiamente inapplicata) afferma ed esalta un approccio tutt’affatto diverso: presa in cura e accompagnamento del malato terminale e del suo ambito relazionale. Una recente sentenza della Corte di Cassazione, sez. 1 penale (n. 50378/novembre 2018) – è il caso di uccisione per pietà della moglie gravemente ammalata da parte del marito – è utile per comprendere in modo corretto i termini di questa condizione: “Nell’attuale coscienza sociale il sentimento di compassione o di pietà è incompatibile con la condotta di soppressione della vita umana verso la quale si prova il sentimento medesimo. Non può, quindi, essere ritenuta di particolare valore morale la condotta di omicidio di persona che si trovi in condizioni di grave ed irreversibile sofferenza fisica”.

Un altro aspetto per nulla secondario – come ci dimostra l’esperienza dei Paesi in cui il “diritto di morire” è legalizzato da anni – è rappresentato da una concreta implicita pressione psicoemotiva in senso eutanasiaco su tutti quei pazienti (e sulle loro famiglie) che non potranno mai recuperare livelli di efficienza psicofisica. Si possono strutturare dinamiche di persuasione più o meno consapevole che presentino il “diritto di morire” come una scelta di alto valore etico – sociale, che garantisce alla società di potersi liberare di un peso inutile, sia sul piano della comunità civile che economico, potendosi meglio allocare risorse altrimenti utilizzate per una battaglia “persa”. Purtroppo, è già ricca la letteratura di psicologia medica che ci descrive come la richiesta di eutanasia/suicidio spesso esprime una protesta del malato verso condizioni di malattia percepite in termini di abbandono, sia dal punto di vista medico che dal punto di vista umano (“peso inutile”). Il malato non ha forza contrattuale: per poter dire la propria protesta ed angoscia ha solo uno strumento, ad alto impatto emotivo, costituito dalla dichiarazione di “farsi da parte e togliersi di mezzo, così che tutti – familiari e società – possano tirare un sospiro di sollievo”. Si giunge così all’assurdo che in nome di un’affermazione di diritto assoluto di autodeterminazione, si porti il malato a rinunciare al rispetto del suo vero diritto: essere curato fino alla fine in un contesto di condivisione e solidarietà totali.

Vorrei concludere con una riflessione di carattere antropologico generale. Sul piano giuridico e pratico, il medico non può far nulla senza il consenso del paziente. Ma deve essere vero anche il contrario: il medico non è obbligato a corrispondere a tutte le richieste del malato. Sembra esserci una qualche forma di riconoscimento in tal senso nell’art. 1 comma 6 della Legge 219/17. Ma perché non si parla e si garantisce esplicitamente il DIRITTO AD OBIEZIONE DI COSCIENZA, tanto più se ricordiamo di aver garantito tale diritto nei casi di sperimentazione su animali? Forse la vita di una cavia ha maggior valore della vita di una persona umana?

In un moderno stato civile di diritto, salvo in caso di guerra e di legittima difesa, non è ammissibile una relazione tra persone finalizzata a provocare la morte.

CONTRO UN PROGRESSISMO DISUMANO

di Gian Luigi Gigli

Università di Udine; Deputato XVII legislatura;
Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”

Mentre questo convegno si svolge, Vincent Lambert è giunto alla fine del Calvario: lasciato morire per denutrizione e disidratazione, con la coscienza sedata dai farmaci per mascherare la disumanità della condanna a morte. Un essere umano che non è terminale, non è in stato vegetativo, non dipende da macchine, non ha sottoscritto alcun biotestamento contenente la richiesta di non essere più alimentato e nutrito. Un essere umano per la cui vita hanno strenuamente lottato suo padre, sua madre e i suoi fratelli.

È questa vera libertà di scelta? È davvero l'autodeterminazione?

Un uomo che non ha voce, alla mercé di chi decide per lui. Una vita da gettare e calpestare in nome di un progressismo che non ha più nulla di umano. Dio accolga Vincent in un mondo migliore.

Ma non vi è solo Vincent...

Prima di lui vi sono stati i piccoli Charlie Gard ed Alfie Evans, vi è stata Terri Schiavo. Vi sono stati i tanti casi di cui non si è saputo nulla perché non vi sono stati conflitti con i medici o con le istituzioni. Già si profila all'orizzonte Maria Teresa in Spagna.

Quando si parla di queste vicende, davvero bisognerebbe chiedersi se stiamo lavorando per affermare il “diritto a morire” di qualche disperato per mano di un medico, oppure se, come è riportato nel titolo del convegno, stiamo pronunciando una condanna a morte, l'affermazione del “dovere di morire” per un numero, inevitabilmente destinato a crescere, di vite ritenute inutili o non più degne di essere vissute.

#restiamoumani, così abbiamo più volte sentito ripetere in questi giorni per altre cause.

Se davvero vogliamo restare umani, occorre bloccare quello che da tempo si sta preparando in Italia: lo sdoganamento della morte medicalmente assistita.

Questa prospettiva cupa e fosca ha potuto delinearsi per via giudiziaria, ben preparata dalla approvazione della Legge 219 del 2017, quella sulle DAT.

È questa legge che ha previsto la possibilità di affrettare la morte sospendendo le cure. È questa legge che permette, al legale rappresentante di un disabile, di lasciarlo morire per disidratazione e denutrizione medicalmente assistite.

Malgrado l'estate di mezzo e la smobilitazione del periodo di ferie alle porte, occorre lavorare perché la 219/17 sia emendata, evitando che possa costituire l'alibi per introdurre nell'ordinamento il suicidio assistito.

Senza che ciò si realizzi, sarà infatti impossibile fermare la perversa logica di chi, dovendo affrettare la morte di una vita ritenuta non più degna di essere vissuta, vorrebbe farlo nel modo più rapido e indolore.

COME SI TRATTA LA MORTE, COSÌ SI TRATTA TUTTA LA VITA

di Giovanni Gut

per MCL – Movimento Cristiano Lavoratori

Non esiste un “diritto alla morte” e non esistono “vite inutili”. Il “no” ad ogni tentativo di introdurre nel nostro ordinamento e nella vita del nostro Paese l’eutanasia, il suicidio assistito o una qualche forma di “diritto a morire”, deve essere fermo. La deriva eutanastica che sta coinvolgendo varie nazioni europee non può allargarsi all’Italia e replicare, anche da noi, quella “cultura dello scarto” che è il trionfo ultimo dell’utilitarismo.

Stiamo vivendo un momento paradossale nel quale le pretese diventano diritti e i veri diritti si trasformano in semplici rivendicazioni. Ed è doloroso constatare come vengano trattati temi delicati come il fine vita, oppure la mancanza di pudore e l’arroganza con cui si interviene nelle tragedie più grandi. Non dovremmo stupirci, ma dovremmo chiederci: se si tratta in questo modo la fine della vita, e in modo non dissimile il suo inizio, è ragionevole pensare che ciò che sta in mezzo tra la nascita e la morte possa essere trattato in modo differente? L’utilitarismo con cui si guardano l’inizio e la fine della vita è lo stesso con cui si guarda tutta la vita: scartare i bambini se non sono desiderati o se non sono perfetti; cercare di eliminare le cosiddette zavorre della società come i malati o gli anziani; ridurre il lavoro a sfruttamento; violare, attraverso forme sempre più nuove e terribili, i diritti fondamentali degli esseri umani; l’accanirsi contro le famiglie; la tratta delle persone e potremmo proseguire ancora a lungo.

Dovremmo cominciare a liberarci dall’equivoco di credere che i valori sociali non abbiano nulla in comune, anzi, che siano in conflitto, con i valori etici. Dovremmo, piuttosto, renderci conto che non possono esistere se non insieme, che non possono essere divisi perché la persona non può essere divisa. La difesa e promozione di tutti i diritti riflette l’unitarietà della persona, unico antidoto contro il dualismo (un esempio è quello tra libertà e solidarietà), che è la malattia del nostro mondo.

In questo frangente occorre ribadire che il protagonista non è l’individuo – quell’entità astratta dai legami fragili, in perenne contrapposizione con gli altri e segnata da un’altrettanta astratta autodeterminazione –, ma la persona, l’essere

umano caratterizzato dalle sue relazioni. La persona non è un ingranaggio intercambiabile, che può essere sostituito e gettato via quando non serve più, ma è qualcosa di irripetibile e di unico, che ha una dignità propria. Non si possono dare dei parametri di “qualità” per attribuire valore alla vita, per affermarne o meno la dignità, soprattutto nei momenti in cui la vita è più fragile e più indifesa. Proprio per questo vanno valorizzate in tutti i modi possibili le relazioni tra i pazienti, il personale sanitario, le famiglie, la fatica e il coraggio di guardare in faccia al dolore e alla morte, senza cedere alla tentazione di derubricare queste relazioni a delle mere procedure. Altrimenti, la persona viene ridotta a individuo, si inceneriscono i rapporti e, proprio nel momento più difficile, crolla il senso del vivere comune.

Il tema del fine vita, così delicato e così estremo, fa emergere in modo chiaro la consistenza o l'inconsistenza della nostra vita comunitaria, ci costringe a guardare le vere fondamenta della nostra società. Il livello della sfida, dunque, non è politico o sociale, ma antropologico. E poiché la questione è antropologica è pure politica e sociale.

È necessario perciò ristabilire il giusto ordine delle cose, riconoscere il primato dell'umano, per non chiedere alla politica e al legislatore risposte che non possono dare. Il confronto è tra chi crede che la legge possa esaurire tutta l'esperienza del vivere e chi ritiene che il protagonista, anche nella legge, sia la persona.

In gioco c'è anche la grande battaglia per la libertà che è l'obiezione di coscienza, quell'argine all'invasione del potere che cerca di affermare la propria pervasività in ogni ambito e ogni rapporto. Questa sfida non riguarda semplicemente l'ambito della cura e del mondo sociosanitario, ma coinvolge tutta la comunità, perché mette in evidenza il grado di libertà della società. Allo stesso tempo, occorre rendersi conto che è sempre più drammaticamente necessario far sentire accolti e abbracciati coloro che vivono nel dolore, sia le persone che sono malate sia quanti stanno loro accanto. Per questo occorre impegnarsi sul fronte delle cure palliative, affinché possano lenire le situazioni di dolore e riaffermare la dignità della persona nella malattia. E, allo stesso tempo, occorre far emergere e investire in quelle numerose esperienze che aiutano e accompagnano i malati, chi è loro vicino, testimoniando la dignità della persona e la sua ricchezza inestimabile anche nei momenti più difficili.

Si tratta di una sfida di civiltà, perché la società si giudica da come tratta i soggetti più deboli. Finora siamo sempre stati orgogliosi del nostro Paese.

CONTRO LA DITTATURA DEL RELATIVISMO

di Marco Invernizzi

per Alleanza Cattolica

In un Manifesto fatto affiggere da Alleanza Cattolica in occasione del referendum contro la legalizzazione del divorzio nel 1974, si leggeva che con un solo «Sì» ci si sarebbe potuti “liberare da molti mali”. Venivano infatti elencati tutti i mali che sarebbero derivati dalla conferma della legge divorzista, come poi purtroppo puntualmente avvenne.

Fra questi “mali” c'erano la legalizzazione dell'aborto e della droga, la diffusione dell'ideologia gay, e anche la legalizzazione dell'eutanasia, che oggi abbiamo di fronte dopo l'ordinanza della Corte Costituzionale del 16 novembre 2017 che ha rinviato al mese di settembre 2019 la decisione definitiva sulla questione di costituzionalità dell'articolo 580 del Codice penale che punisce l'aiuto al suicidio: in pratica un invito al Parlamento a legiferare, altrimenti ci penserà la Corte a legalizzare di fatto l'eutanasia attraverso una sentenza.

Sono passati 45 anni da allora, quasi mezzo secolo, due generazioni. Il processo di disgregazione antropologica del nostro Paese è continuato e continua. Il mondo è cambiato con la caduta del Muro di Berlino e la fine dell'epoca delle ideologie, ma questo fatto epocale non «convincerà il mondo quanto al peccato» (san Giovanni Paolo II, *Dominum et vivificantem*, n. 29): si entrerà così nella nuova epoca della «dittatura del relativismo» profetizzata dal card. Joseph Ratzinger prima di entrare nel Conclave dal quale sarebbe uscito Papa Benedetto XVI.

In questa epoca che gli studiosi chiamano post-moderna, la battaglia per la costruzione di una civiltà che protegga e favorisca la dignità di ogni persona è continuata, anche se ha cambiato molte sue caratteristiche. Venuta meno ogni forma anche residua di cristianità, che proteggeva anche giuridicamente la sacralità della vita e la centralità della famiglia, la battaglia si è spostata sempre di più “dentro ogni uomo”, mettendone in discussione la stessa identità sessuale con quello «sbaglio della mente umana» che è l'ideologia gender secondo Papa Francesco (21 marzo 2015).

Tuttavia, molti hanno resistito e si sono “alzati in piedi” come richiesto da san Giovanni Paolo II («reagiremo ogni volta che la vita umana è minacciata», 7 ottobre 1979) e lo hanno fatto in ogni Paese del mondo occidentale per affer-

mare il proprio “Sì” alla vita e per difendere il matrimonio («Oggi c’è una guerra mondiale per distruggere il matrimonio», Papa Francesco, 1° ottobre 2016).

Molte (non tutte) di queste battaglie antropologiche sono state perdute, ma non sono state inutili. Hanno infatti permesso a molti di riconoscersi e di aggregarsi, di resistere e di aumentare in consapevolezza. Sono battaglie che vanno combattute bene, con speranza e realismo, con generosità e con un grande amore per la verità sull’uomo, che va annunciata con pazienza e delicatezza, tenendo conto delle tante ferite che colpiscono l’uomo contemporaneo, ma anche della forza intrinseca della verità stessa, che spesso ha bisogno soltanto di essere pronunciata per ottenere i suoi effetti liberatori.

Questi uomini oggi in Italia si ritrovano a confrontarsi per un nuovo e difficile episodio della lunga aggressione contro la dignità dell’uomo. Legalizzare l’eutanasia è anche una nuova forma di gnosticismo perché disprezza la realtà del dolore e del limite umano, perché riduce l’uomo alle sue capacità funzionali, perché esclude dalla vita pubblica ogni richiamo al valore salvifico del dolore, che il non credente può forse non comprendere ma non disprezzare.

Quanti sono questi uomini e queste donne che si sono “alzati in piedi”? Dipende anche da noi, dalla nostra generosità e dal nostro impegno. Se saranno molti, molto riusciranno a fare per frenare il processo di distruzione dell’umano in corso in Italia e in tutto l’Occidente; se saranno pochi, potranno dare comunque una testimonianza, in vista di una lunga opera di ricostruzione morale e sociale.

In ogni caso saranno il seme per un «mondo migliore» (ven. Pio XII, 10 febbraio 1952), per una «società a misura d’uomo e secondo il piano di Dio» (san Giovanni Paolo II, 11 aprile 1985).

SOLO I “RIFIUTI” VOGLIONO MORIRE

di Andrea Mazzi

per l'Associazione Comunità Giovanni XXIII

Della cultura dello scarto abbiamo la conoscenza diretta di chi vive sulla sua pelle le conseguenze angoscianti dell'essere rifiutati.

Ogni persona che bussava alle porte delle nostre case-famiglia porta con sé una domanda di morte. Le ferite della vita sembrano inguaribili ogniqualvolta si guardano e si toccano nella solitudine del proprio dolore. Persone con gravi forme di depressione, bambini in stato di abbandono con i segni delle violenze familiari sulla loro pelle e più spesso nella loro psiche, piccoli corpi crocifissi da malattie neurologiche gravissime incapaci di una qualunque forma di autonomia vivono nelle nostre famiglie con alimentazione e idratazione artificiali, attaccati ai respiratori, inchiodati alle loro carrozzine capaci solo di movimenti impercettibili. Ragazze e spesso bambine schiavizzate dal racket della prostituzione, in condizioni psichiatriche gravissime a seguito degli abusi e delle violenze subite. Una prostituzione schiavizzata globalizzata e intercontinentale che si perpetra quotidianamente sotto i riflettori dell'Europa cristiana e di ogni cittadino del mondo. Tutti portano con sé la richiesta di mettere fine al proprio dolore inumano.

Quante richieste di morte ci vengono recapitate da storie inginocchiate dalla salute esile, dal carcere duro, da depressioni insostenibili, da abbandoni inaccettabili. Tutti bussano a casa nostra con la domanda, più o meno esplicita e più o meno consapevole, di morire. Che senso può avere continuare a stare nella vita per sopportare la brutalità della depressione, della disabilità, dell'abuso e della violenza quando nessuno viene in soccorso?

Davvero: portateci in Svizzera!

La cultura dello scarto non è un'indagine sociologica, non solo una statistica. Noi vi possiamo dire i nomi e i cognomi, raccontare le storie, i caratteri, i vizi e le virtù personali degli scartati. Abbiamo incontrato le facce e le storie degli scarti. Dormono nelle nostre camerette, lavano i piatti con noi ... A quante persone con disabilità tagliamo la carne, cambiamo i pannolini, risistemiamo i loro letti!

La cultura dello scarto genera la richiesta straziante di spegnere la vita. I rifiuti vogliono morire.

La cultura del Volto.

Chi non si arrende alla cultura dello scarto, però, può generare una cultura diversa, la sola via possibile, che può farne da controcanto. È la cultura del Volto che si rivela come la vera strada da percorrere per isolare e rinunciare allo scarto che ci circonda e a cui ci siamo assuefatti.

La cultura del Volto legge dentro le storie delle persone, ne cerca il cuore, rovista nell'animo degli scartati e ne coglie, ancora resistente, una passione per la vita, un desiderio di stare al mondo. Sotto una coltre di solitudine, di angosce, di violenze, di disabilità c'è ancora vita. La cultura del Volto non si limita a dare informazioni sulle possibili vie per morire meglio, più in fretta e con meno spese e dolori ... Non siamo i passacarte dell'esistenza umana! La cultura del Volto incontra la persona, la guarda in faccia, la conosce e ne scopre tutta la sua identità, tutta la sua rabbia e il suo dolore, come anche tutto il suo grido di esistere a cui nessuno ha porto l'orecchio.

Dobbiamo fare cultura! Facciamo la storia solo se sappiamo schierarci a mani nude dalla parte del Volto! È una questione di umanità a prescindere da ogni fede religiosa.

Nel seno della debolezza, nel bacino della fragilità umana ci giochiamo la credibilità della nostra umanità. Saremo ricordati come umani nella misura in cui avremo raccolto, accudito e riconosciuto "meraviglia" in quei rantoli di vita che ideologie e opportunità politiche spengono con un bottone o con lo stantuffo di una siringa. Noi siamo veramente umani solo se sappiamo prenderci cura gli uni degli altri. La nostra umanità è tale se diventa co-umanità, una vera "mistica della prossimità", dice Papa Francesco. Diventiamo sempre più inumani se in nome di una libertà sregolata accettiamo di assistere ai nostri familiari che muoiono di fame e di sete rinunciando all'idratazione e alla nutrizione.

Il rischio che già si verifica con la legge sulle DAT è quello di aver delegato all'ideologia politica il compito di interpretare il mistero della vita umana senza mai essersi accostati e avere creato amicizia con chi implora la morte come soluzione ai dolori della vita.

La qualificazione della vita come bene indisponibile comporta che il sistema giuridico e sociale preveda il dovere di attivarsi per la tutela del bene vita. Il nostro ordinamento, infatti, è fondato sulla indisponibilità del bene giuridico vita, sul riconoscimento del diritto alla vita e del conseguente dovere di vivere: ciò comporta inevitabilmente il rifiuto dell'eutanasia come reato contro la vita.

Purtroppo, il presupposto giustificativo delle scelte normative effettuate in precedenza dalla Legge 219/2017 (c.d. testamento biologico) e ora dalla proposta di legge di iniziativa popolare "Rifiuto ai trattamenti sanitari e liceità dell'eu-

tanasia”, è proprio questo: la volontà del paziente rende lecita ogni scelta e ogni rifiuto terapeutico perché espressione del diritto di libertà.

Nella Legge 219/2017 la nozione di trattamento sanitario è posto come oggetto del consenso informato, e sono stati considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione di nutrienti mediante dispositivi medici. E ciò non solo in caso di gravi patologie o per malati terminali, bensì anche per trattamenti sanitari “ordinari” quali la Peg e la Tracheostomia.

Configurando il rifiuto delle terapie come un diritto è stata così introdotta nel nostro sistema l'eutanasia omissiva.

Con il Pdl “Rifiuto si trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia” o con quelli a contenuti simili ovvero con la eventuale sentenza della Corte Costituzionale sull'art. 580 del Codice penale si vuol fare un passo chiaro verso una disciplina, che nero su bianco, sin dal titolo introduca anche l'eutanasia “attiva”, laddove il medico debba attivarsi per dare attuazione alla volontà del paziente e portarlo alla morte.

Prospettiamo, dunque, di formulare una proposta di legge sul fine vita:

- che definisca i confini giuridici, sanitari e antropologici del FINE VITA circoscrivendo il tempo del fine vita in contesti precisi e definiti per evitare di far rientrare nel fine vita ciò che non lo è;
- che consideri “FINE VITA” una situazione esistenziale solo in presenza di malattia terminale, prognosi infausta, inefficacia terapia farmacologica e di interventi medici;
- che attivi un protocollo di accompagnamento alla morte naturale con cure palliative e terapia del dolore ed eventuale sedazione palliativa profonda solo per le situazioni riconosciute come rientranti negli estremi del FINE VITA;
- che preveda quale tipo di risposta da dare a chi chiede l'eutanasia, anche non rientrando nella categoria definita del FINE VITA una alleanza terapeutica e solidale, un accompagnamento psicologico, un accompagnamento farmacologico e una attivazione di contesti sociali e culturali pro vita;
- che escluda la sospensione alimentazione e idratazione artificiali, salvo situazioni in cui risulti dannosa;
- che riconosca comunque il diritto all'obiezione di coscienza del medico e del personale sanitario.

IL MISTERO DELL'ESISTENZA NON È MISURABILE

di Francesco Napolitano

per l'Associazione Risveglio

La presenza di numerosissimi enti, associazioni, istituzioni rappresentative di diverse ed eterogenee realtà evidenzia la urgenza e la necessità di diffondere il preciso messaggio che questioni esistenziali, personalissime, attinenti ad un estremo rapporto della persona con sé stessa, con il proprio entourage e con i medici di fiducia non possono e non devono essere disciplinate e racchiuse in rigidi schemi normativi, né possono essere lasciati alla discrezionalità interpretativa della giurisprudenza.

Dobbiamo tener presente che il problema non nasce dalla ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale.

Il “misfatto” fu compiuto con la Legge n. 219/2017, la cosiddetta legge sulle “dat”.

Molte delle persone, dei parlamentari, degli enti qui presenti si sono battuti con grande energia e coraggio nel tentativo di fermare quella legge, nella più volte ed energicamente dichiarata previsione che essa avrebbe dato luogo a derive eutanasiche e contro l'uomo stesso e che avrebbe dato vita a dubbi e contenziosi inestricabili.

I nefasti effetti di questa deplorable legge si vedono già ora, nell'ambito della ordinanza del giudice delle leggi.

Vediamo perché.

Il giudice delle leggi ha dovuto affrontare la questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice penale nella parte in cui incrimina la condotta di aiuto al suicidio anche laddove non vi sia un contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio.

Ma al di là dell'aspetto “tecnico”, sono estremamente rilevanti da una parte i passaggi descrittivi e motivazionali della ordinanza, dall'altra la soluzione di voler investire della questione il potere legislativo.

Non può trascurarsi di rilevare che, come si legge nella ordinanza, il giudice remittente (Corte d'Assise di Milano) ritiene che la norma “incriminata” presupponga “che il suicidio sia un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo, ritenuti preminenti nella visione del regime fascista” (sic!).

Per la Corte milanese il tutto dovrebbe essere riletto alla luce della Costituzione dalla quale si evincerebbe “la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza”. Questo diritto alla autodeterminazione individuale – continua il giudice remittente – sarebbe ampiamente valorizzato, tra l’altro, anche dalla legge n. 219/2017.

Ecco dove porta la legge n.219! È facile notare, come era ben prevedibile, che alcuni giudici non vedevano l’ora di arrivare a simili personali convincimenti, che adesso ritengono di poter giustificare anche normativamente.

La Corte costituzionale in un primo momento stronca tutto questo, in quanto dalla Costituzione e dalla CEDU si evince il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo e non certo quello – diametralmente opposto – di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. La norma penale poi – secondo la Corte – assolve allo scopo attualissimo di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze (persone malate, depresse, psicologicamente fragili, anziane, sole), anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in essere il gesto estremo del suicidio subiscano interferenze di ogni genere.

Ma dopo tutte queste belle e condivisibili espressioni ... ecco di nuovo lo spettro nefasto della legge n.219 sulle “dat”.

La decisione di lasciarsi morire – afferma la Corte – potrebbe essere già presa sulla base della legislazione vigente e segnatamente in forza, guarda caso, della recente legge n. 219/2017, che riconosce ad ogni persona il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprese la alimentazione e idratazione.

Allora se così stanno le cose – prosegue la Corte – non si capisce perché si debba far morire in modo lento e con grande sofferenza. Si dia il diritto di chiedere al medico di far morire subito.

Insomma, se ho deciso di morire e posso rifiutare di mangiare e bere per raggiungere lo scopo e chi mi è vicino deve accettare questo, tanto vale che chi mi è vicino debba accettare la mia volontà di morire subito e senza sofferenze.

A questo punto la Consulta si ferma e dice: “il pallino lo rimando al legislatore” e a tal fine suggerisce anche che una più appropriata disciplina potrebbe essere inserita nell’ambito di una rivisitazione della faticosa legge n. 219, sempre essa!

Ecco dunque perché tutto nasce, come era largamente prevedibile, da quest’ultima inopinata legge.

Ritorniamo allora a dover ribadire che questa legge è:

- inutile, perché la materia è largamente già disciplinata nelle sue linee essenziali e bastevoli dalla Costituzione e dalle Convenzioni cui l'Italia ha aderito, compresa la convenzione di Oviedo in punto di dichiarazioni anticipate di trattamento;

- dannosa, perché altera in modo dirompente il benefico rapporto di fiducia tra paziente e medico;

- inapplicabile, perché operativamente lascia il campo a soluzioni che ciascun soggetto coinvolto può interpretare in modo diverso;

- ingestibile, perché sarà fonte di contenziosi defatiganti ed interminabili, che vedrà purtroppo contrapposti interessi e posizioni familiari, interessi e posizioni di medici o di fiduciari, come situazioni pregresse, non solo italiane, mostrano nella loro drammaticità;

- incostituzionale in molti suoi passaggi, ad iniziare dalla circostanza che essa invade la sfera che la Costituzione attribuisce al potere esecutivo e regolamentare e non al potere legislativo (molte disposizioni sono di natura tipicamente regolamentare se non addirittura da codice deontologico);

- contraria ad ogni principio bioetico perché, al di là di alcune espressioni di principio, spinge al convincimento che in certe condizioni la vita non è più degna e ciò facendo inopinatamente di tutta l'erba un fascio e non delimitando.

La risposta a tutta questa deriva, che va ad infrangere lo stesso significato della vita e dunque della umanità, non può allora essere tiepida o votata al compromesso.

Occorre con veemenza e con l'impavidità data dalla "verità" antropologica e ontologica affermare che su queste questioni non possono esservi entrate "a gamba tesa" né di leggi, né di sentenze spesso creative ed autoreferenziali, essendo ben sufficienti i sovraordinati principi costituzionali e di convenzioni internazionali già esistenti.

Il che equivale a sostenere, senza tentennamenti, che la legge n. 219/2017 va abrogata.

La attuale composizione delle forze parlamentari perderebbe di credibilità ove ciò non facesse, dopo la ferrea opposizione che la allora minoranza aveva manifestato avverso la legge qui in discussione.

Una abrogazione della legge n. 219 toglierebbe gran parte della vitalità del pronunciamento della Corte costituzionale ed eliminerebbe, almeno potenzialmente, in radice la possibilità di sentenze di giudici di merito che inopinatamente volessero trovare in essa un avallo giustificativo a proprie elucubrazioni etiche personali.

Questa è la strada che la "coscienza" umanitaria dovrebbe dettare di seguire.

In attesa che la si inizi, occorre impedire con ogni energia, politica e associativa, che la Corte costituzionale possa perseguire l'obiettivo che purtroppo ha *in pectore*.

Lo si può fare iniziando un indispensabile dibattito parlamentare in ordine al ddl Pagano, la cui approvazione potrebbe essere accettata, in questa fase che potremmo definire normativamente "transitoria", da una qualificata maggioranza parlamentare trasversale.

Ma ancora più in fondo a tutto questo vi è che da 22 anni assistiamo persone in stato puramente vegetativo e per loro abbiamo realizzato anche una "Casa" dove ospitarle. In 22 anni nessuna (neppure una!) delle tante famiglie coinvolte ha mai chiesto soluzioni eutanasiche o simili. Sono nostri fratelli e nostre sorelle con i/le quali condividiamo la vita, in tutta la sua dimensione, fisica e spirituale.

Non c'è nulla di più bello, di più esaltante, di più evangelico che condividere ogni vita, offrendo la propria e ricevendo quella degli altri.

Non ci può essere legge, né sentenza che possa neppure appannare questa "verità".

Una legge che lo facesse è al di fuori della primordialità della vita creata e donata e quindi non rispettosa dell'etica e della trascendenza ontologica dell'uomo e va abrogata.

L'EUTANASIA PERINATALE:
LA RISPOSTA SCIENTIFICA, ETICA E UMANA
DELL'HOSPICE PERINATALE DEL GEMELLI
E DELLA FONDAZIONE "IL CUORE IN UNA GOCCIA ONLUS"

di Pino Noia e del direttivo A.I.G.O.C.

Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici

Si sente spesso parlare di "preziosità della vita umana", della "bellezza" e del "valore" della vita, dando quasi per scontato che si tratti di un valore universalmente condiviso. L'attuale realtà sociale, invece, ci mostra ben altro. Sempre più spesso il diritto alla vita si piega e si spegne sotto la pressione delle logiche di una società che tenta di sopprimere tutto ciò che non rientra nei suoi canoni (oggi più che mai discutibili): tutto ciò che non è "perfetto", tutto ciò che può creare uno "spreco" di denaro per la società, tutto ciò che crea sofferenza. Il ricorso a questo criterio di "massima efficienza" si vede con particolare evidenza rispetto al bambino che deve ancora nascere.

Nei confronti del bambino la pretesa "eutanasi" per una vita che non varrebbe la pena di vivere, secondo questi canoni, coincide con l'altro capo di questa concezione disumana, l'aborto. L'aborto, cioè, sovente viene giustificato allo stesso modo con cui si vorrebbe consentire l'eutanasi, a fronte di fattori invalidanti o presunti tali. E in questi casi riguardanti uomini non ancora nati si coglie quanto il principio dell' "autoderminazione" sia in realtà pretestuoso. Si è piuttosto di fronte a una vera e propria "selezione" dell'uomo su sé stesso.

L'attuale sistema sociale, probabilmente nella consapevolezza della deprecabilità di tale approccio (che va a gravare sul nascituro affetto da patologia, ovvero, un essere totalmente indifeso), tenta di creare delle regole, delle "attenuanti", per giustificare e rendere giuridicamente e socialmente lecito ciò che è umanamente aberrante.

L'evidenza più grande di questa cultura ingannevole che cerca di fuorviare le coscienze, si ritrova nella pratica, sempre più diffusa, di rispondere a tutta una serie di condizioni che si possono verificare nel corso di una gravidanza, con l'indicazione dell'aborto volontario come via risolutiva, una sorta di "cura" (si usa spesso il termine "aborto terapeutico", che di terapeutico non ha assolutamente nulla!). Allo stesso modo, il tentativo di individuare un periodo entro il quale è

“lecito” ricorrere all’interruzione volontaria di gravidanza, oppure delle casistiche (malformazioni o malattie del feto, ad esempio) che consentono legalmente di accedere a tale pratica, è solo un modo per cercare di rendere più semplice e “tollerabile” il ricorso all’aborto.

In realtà, per quanti sforzi si possano fare in tal senso, rimane sempre un fatto: il fondamento dell’essere umano è inscindibilmente legato al mistero della vita e la natura stessa dell’essere umano viene compromessa da una cultura che cerca nella morte la risoluzione dei problemi che la vita stessa pone lungo il cammino.

Le prime a subire pesantemente le conseguenze di questa spinta verso la negazione della vita, sono le future mamme alle quali, in caso di problemi nel corso della gravidanza (o presunti tali), viene spessissimo, e con estrema facilità, consigliato l’aborto, senza che sia loro fornita un’informazione scientificamente fondata e senza che sia fornita loro un’alternativa all’aborto (tra l’altro prevista dalla stessa legge 194/78) e negando quindi il diritto, quantomeno, alla scelta tra la vita e la morte del proprio bambino.

Questo modo di agire ignora, da un punto di vista medico-scientifico, il legame forte e unico che si crea, fin dal concepimento, tra la madre e il bambino, e le ferite che il distacco dal bambino, soprattutto se causato da un aborto volontario, crea nella madre e in tutta la famiglia.

È scientificamente provato che la simbiosi che si instaura tra la mamma e il proprio bambino è immediata e senza soluzione di continuità. Il cosiddetto Cross-talk, la comunicazione tra madre e figlio, è una delle più belle manifestazioni del legame indissolubile che li unisce. Il bambino parla con la madre attraverso un linguaggio, una serie di segnali per dire “io ci sono”. Se pensiamo, infatti, che ognuno di noi ha il corredo immunologico per il 50% del proprio padre, ne deriva che dovremmo essere stati tutti rigettati dall’organismo materno; e allora perché pur avendo il 50% di diversità da nostra madre siamo stati accettati? Il motivo sta in questo “colloquio”, questo scambio di segnali immunologici, biochimici e ormonali, che permette alla madre di riconoscere il figlio e di poterlo accettare nell’impianto. Tutto ciò se guardato da un punto di vista poetico è bellissimo, ma se lo guardiamo da un punto di vista scientifico è stupendo!

Tutta la letteratura scientifica che parla della relazione tra il figlio e la madre, evidenzia come il feto in utero sia profondamente relazionato con la madre e come questa relazione inizi subito, nei primi 6/8 giorni. Oggi sappiamo che tutto lo sviluppo della neurosensorialità è espressione di un’intima relazione tra madre e figlio e addirittura che il feto può diventare “medico della madre” (la scienza medica prenatale e la biologia della procreazione riportano molti esem-

pi di cura sul piano biologico e clinico di affezioni materne del fegato e della tiroide “curate” dalle cellule staminali” guaritrici” del figlio). La cosa ancora più sorprendente è che questa cura del figlio verso la madre, può avvenire anche sul piano psicologico (dalle evidenze degli studi analitici, il feto sembrerebbe rivestire un ruolo psicoterapeutico nei confronti della madre).

Tutto ciò attesta quanto forte sia questa relazione simbiotica, talmente forte che, quando questa viene interrotta, la donna può soffrire di depressione, a volte anche molto grave (e si tratta di un’evidenza scientifica) e, quindi, si compromette la sua salute psicologica.

Di questa relazione tra l’aborto volontario e la salute psichica delle donne, nonostante le evidenze scientifiche, si parla ben poco, probabilmente perché si andrebbe ad evidenziare un’incongruenza di fondo della stessa Legge 194/78, che individua nell’aborto una pratica medica finalizzata a tutelare la salute psichica della donna e che invece la danneggia; ne verrebbe meno, quindi, uno dei presupposti fondamentali.

Da quanto detto si evince la necessità di fermarsi a riflettere sul valore della vita, di mettere le future mamme nella condizione di poter compiere scelte ponderate e consapevoli, attraverso un lavoro di informazione scientifica corretta. È doveroso che sia riconosciuto il loro diritto a scegliere, anche nell’ipotesi di incompatibilità con la vita, di far nascere, accompagnare, curare il proprio bambino, alla luce proprio di quell’imperscrutabile legame che li terrà inscindibilmente uniti anche nell’eventuale distacco. È doveroso, inoltre, pensare ad un sistema di assistenza medica (e non solo) che, indipendentemente dalla condivisione o meno della scelta di portare avanti la gravidanza, garantisca alle donne e alle famiglie tutto il sostegno necessario per portare a compimento un progetto genitoriale che, pur nelle avversità e nelle condizioni più estreme, si realizza pienamente attraverso l’accoglienza e l’amore verso il proprio figlio.

Come già sottolineato, l’informazione medica, scientificamente fondata, ma anche precisa, aggiornata e scevra da altri fattori condizionanti (impostazioni sociali, religiose, errate convinzioni relative alle malattie, ecc.) è l’elemento imprescindibile da cui partire per far fronte ad una diagnosi prenatale patologica. L’informazione completa e corretta è, oltre che un dovere medico, una necessità per la donna e la famiglia. Solo fornendo un quadro medico chiaro e preciso, sulle condizioni reali del bambino, presenti e future, e sull’evoluzione della patologia, si permette loro di compiere scelte consapevoli e ponderate, di prendere in considerazione tutte le possibili strade ma, soprattutto, si crea quel “diritto alla scelta”, spesso negato da una consulenza medica superficiale, oltre che deontologicamente discutibile. È attraverso l’informazione che si evita quella che viene

definita “amplificazione del rischio”, con conseguente ansia, paura e angoscia; un meccanismo pericoloso che, spesso, porta al rifiuto della malattia e del bambino. Ma, c’è un altro aspetto che è fondamentale sottolineare: esistono oggi nuovi importanti sviluppi nella cura, o comunque nell’approccio alle patologie prenatali. Rispetto ad alcune malattie, quello che prima era ritenuto un assunto medico, oggi, alla luce dei progressi scientifici, si trasforma in un mito da sfatare. Tutta una serie di convinzioni è stata completamente ribaltata e, addirittura, l’osservazione della storia naturale di alcune patologie ha fatto sì che molte di esse, oggi, non possano essere più definite come “incompatibili con la vita”.

Guardiamo insieme alcuni esempi di consulenze che non tenevano conto della storia naturale di alcune gravi malformazioni.

- Il cuore sinistro ipoplastico.
- Idrocefalia.
- Spina bifida.
- Rosolia in gravidanza.
- La Translucenza nucale patologica e l’igroma cistico.

Sul cuore sinistro ipoplasico, si sente dire: “I bambini con il cuore sinistro ipoplasico sono incompatibili con la vita extrauterina”.

Invece, gli studi degli ultimi 20 anni hanno dimostrato che questa considerazione non è assolutamente vera perché è stato visto che facendo un intervento ecoguidato nel cuore sinistro del feto attraverso cui si raggiunge l’aorta fetale, si può posizionare un balloon che tiene aperto lo stesso vaso fino alla nascita, per poi effettuare un secondo intervento in maniera definitiva.

Tale intervento, che viene chiamato valvuloplastica fetale perinatale (pre e post natale) ottiene un successo della tecnica nel 73% dei casi e una sopravvivenza dell’84,2% dei bambini trattati.

Sull’idrocefalia si sente dire: “I bambini con idrocefalia sono larve umane”.

Anche questa affermazione non è vera. Essa derivava dal fatto che, con l’avvento dell’ecografia (50 anni fa), la visualizzazione di una condizione di idrocefalia, che consiste in un aumento patologico di liquido all’interno dei ventricoli cerebrali, non era considerata curabile. Con il passare dei decenni si è dimostrato, invece, quello che il neurochirurgo Lorber affermava nel 1968: “anche il grado più estremo di idrocefalia è compatibile con uno sviluppo fisico normale, con normali dimensioni craniche e normale sviluppo intellettuale se il trattamento post-natale non viene rimandato”.

Nell’esperienza del gruppo dell’Hospice Perinatale del Policlinico Gemelli di Roma (ginecologi, neurochirurghi infantili, neonatologi e neuropsichiatri infantili) già nel 1990, venivano presentati a Londra i primi dati sul trattamento della

idrocefalia con un follow up fino a 9 anni dopo la nascita, da cui si evinceva che il 70,7% di questi bambini avevano un'evoluzione normale o con lieve ritardo. Negli anni successivi i risultati sono stati confermati e, per certi aspetti migliorati, dalla casistica del gruppo interdisciplinare del Policlinico Gemelli. Per le ventricolomegalie (dilatazione dei ventricoli cerebrali) fino a 15mm la percentuale di buon esito è salita all'82% e per quelle con dilatazione superiore ai 15mm al 58%. Nell'ultima presentazione dei dati, i risultati sono passati al 90,7%, per le dilatazioni sotto i 15mm, e 65,9% per quelle sopra i 15mm (Tab. 2).

Un ulteriore dato che apre finestre di speranza nella consulenza è stata l'evidenza che, in 151 bambini con idrocefalia (di cui 106 seguiti con controlli ecografici ripetuti ogni 3/4 settimane), nel 43,8% dei casi la dilatazione dei ventricoli cerebrali si risolveva spontaneamente andando progressivamente diminuendo, con nascita di bambini perfettamente normali.

La conclusione è che l'idrocefalia nelle forme leggere (dilatazione meno di 15mm) ha un tasso di evoluzione positiva alto e si può addirittura verificare un'inversione del processo espansivo con ritorno alla normalità (43,8%); e anche nelle forme ostruttive reali, quelle più gravi con dilatazione

Sulla spina bifida si sente dire: "I bambini con spina bifida devono entrare nel protocollo di Groningen per l'eutanasia post-natale poiché hanno gravi menomazioni della qualità della vita e soffrono indicibilmente". E il Protocollo di Groningen è un accordo tra la clinica universitaria di Groningen e la magistratura olandese, che prevede la possibilità di ricorrere all'eutanasia infantile (fino ai 12) per i bambini che versano in stati patologici cronici che aumentano di gravità o terminali, senza il rischio di essere perseguiti penalmente.

Anche qui ci troviamo dinanzi a un'affermazione che ignora totalmente l'evidenza scientifica. Nel 2007 il gruppo dell'Hospice Perinatale del Policlinico Gemelli ha pubblicato un'analisi su 163 casi di spina bifida dove, pur evidenziando le problematiche sfinteriali e ambulatorie, si metteva in evidenza una sopravvivenza di circa l'81% (Tab. 3).

2006		2019
80,8%	Sopravvivenza	78,4%
77,7%	Normale Capacità Intellettiva	81,4%
61,7%	Deambulazione Normale	68%
71,3%	Compromissione Sfinterica	62%
38,3%	Compromissione Motoria Grave	31,3%

* ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2006,28,4:394 MASINI L., NOIA G., ET AL.

* ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2019 lished online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.20136 PRENATAL DIAGNOSIS, NATURAL HISTORY, POSTNATAL TREATMENT AND OUTCOME OF 222 CASES OF SPINA BIFIDA: EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER. MASINI L., DE LUCA C., NOIA G., ET AL.

Naturalmente, la consulenza è stata fatta in tutti gli aspetti, sia negativi che positivi, in modo tale da dare alle coppie la piena consapevolezza anche dell'impatto che la scelta dell'accoglienza del figlio avrebbe avuto sulla vita familiare e sociale. Inoltre, in molti casi, la consulenza ha anche presentato la possibilità di interventi prenatali entro la 25esima settimana per ovviare al danno di tipo biochimico che l'esposizione delle meningi e del midollo spinale (al contatto con il liquido amniotico) avrebbe comportato. È ovvio che non tutte le condizioni di spina bifida (mielomeningocele) sono candidabili per un intervento di chirurgia fetale aperta, tuttavia, sia l'intervento prenatale, sia quello post-natale, permettono di trattare ogni caso che si presenta con questa patologia in maniera personalizzata e con apertura di finestre di speranza per una buona qualità di vita.

Sulla rosolia in gravidanza si sente dire: "La rosolia in gravidanza crea figli sordi, ciechi e cardiopatici".

Anche questa affermazione non pesca sull'evidenza della storia naturale che, il gruppo del Gemelli, e la letteratura internazionale, hanno ampiamente validato. L'evidenza scientifica della storia naturale del passaggio del virus rubeolico (virus della rosolia) dalla madre al feto comprende 2 concetti importanti nella consulenza:

Primo concetto: il passaggio verticale (dalla madre al figlio), del virus della rosolia, avviene con rischi di Sindrome da rosolia congenita del feto fino alla 16-18esima settimana. Dopo questo periodo, pur essendo possibile con frequenza rara il passaggio del virus, i danni (nervo acustico, nervo ottico e cuore) sono irrilevanti (Tab. 4).

Nell'esperienza del Policlinico Gemelli, relativa a 28 anni di osservazione (dal 1984 al 2012) su 284 casi di rosolia in gravidanza, si è potuto dimostrare che il gruppo di madri esposte a un reale rischio di danno fetale era relativo solo a 75 pazienti (26,4%) poiché avevano contratto la rosolia nel periodo intorno al concepimento, nei primi 3 mesi e fino alla 15esima settimana di gravidanza. Ebbene la ricostruzione della storia naturale ha dimostrato che in 36 casi (13%) si era di fronte a pazienti definite Chronic carriers di Igm (portatrici croniche di Igm) e quindi di infezione, non nella gravidanza attuale, ma in epoche precedenti, con rischio fetale assente; in altre 35 pazienti (12%) si trattava di una reinfezione, quindi con rischio fetale pressoché nullo, e in altre 64 pazienti (23%) c'era stato

un errore di laboratorio con la dimostrazione, ripetendo l'esame nei laboratori del Gemelli, di assenza di infezione rubeolica nella madre.

Secondo concetto: il passaggio del virus rubeolico nel periodo sicuramente a rischio per il feto (fino alla fine del 4° mese) non è del cento per cento. Nella esperienza del Gemelli è stato documentato nel 16% dei casi. Tutto ciò significa che la valutazione del rischio di passaggio del virus della rosolia dalla madre al bambino, può essere precisata sulla base della anamnesi ostetrica sulla madre (la raccolta particolareggiata delle notizie che riguardano la paziente), sulla precocità dell'infezione e sulla presenza di esantema materno (l'eruzione cutanea) ed, infine, può essere confermata con esami invasivi, tra 20 e 22 settimane, per verificare la presenza del Dna del virus della rosolia nel liquido amniotico.

Sulla translucenza nucale patologica e l'igroma cistico si sente dire: "La translucenza nucale patologica è segno sicuro di bambino down e di cardiopatia fetale"

Questa considerazione è, come le precedenti, frutto di una valutazione scientificamente datata e priva di dati di storia naturale ed evoluzione negli anni successivi alla nascita. Essa è sostanzialmente sbagliata perché allarga alla sicura presenza di patologia, di anomalie cromosomiche e cardiopatie, una condizione che, se seguita nel tempo, può evidenziare invece un'evoluzione positiva, con ottime finestre di speranza per le famiglie gravate da questa diagnosi molto severa. Una delle più frequenti forme di patologia del liquido retronucale è il linfangioma cistico detto, più frequentemente, igroma cistico. Nel lavoro pubblicato su *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, il gruppo del Gemelli ha valutato dal 1985 al 2010 (follow up di 25 anni) 207 gravidanze con malformazioni del sistema linfatico e vascolare fetale, di cui 156 con igroma cistico. I dati dello studio, in cui i casi hanno eseguito controlli ecografici ogni 3/4 settimane prima della nascita, hanno evidenziato un'alta prevalenza di aborti spontanei tardivi (20-22 settimane) nel 63% dei casi; una regressione intrauterina della quantità di liquido nel 36% dei casi e addirittura una completa scomparsa dell'igroma nel 77% dei casi. Dei 51 bambini nati, si è avuto un esito favorevole nel 72 % dei casi senza alterazioni cromosomiche e senza cardiopatie.

Queste 5 esemplificazioni di consulenze mostrano come aver seguito nel lungo periodo, prenatalmente e post-natalmente, (e in molti casi con osservazioni temporali assolutamente uniche, vedi lo studio sull'igroma cistico in cui i pazienti sono stati seguiti per 25 anni) fornisce la possibilità di fare consulenze corrette scientificamente, senza trionfalismi beneauguranti, ma basandoci solamente sull'evidenza scientifica che dimostra come, la patologia prenatale, con

gli interventi correttivi appropriati, lascia aperte finestre di speranza verso condizioni già considerate senza speranza.

A completamento di questa disamina vi mostriamo sinteticamente la sopravvivenza di 10 importanti patologie.

EVOLUZIONE DI 10 GRAVI PATOLOGIE E RISULTATI A LUNGO FOLLOW UP	
PATOLOGIE DESCRITTE	EVOLUZIONE
CUORE SINISTRO IPOPLASICO	73% Successo tecnico 84% Sopravvivenza dopo cure palliative prenatali e trattamenti terapeutici e chirurgia postnatale
IDROCEFALIA	Su 334 pazienti: 90,7% Buona evoluzione nelle forme lievi 65,9% Buona evoluzione nelle forme gravi 43,8% Risoluzione spontanea prenatale
SPINA BIFIDA	Su 220 pazienti: 2006 2019 81% Sopravvivenza 78,4% 77,7% Normale abilità intellettuale 81,4% 61,7% Normalità alla deambulazione 68,0% 71,3% Diminuzione della compromissione sfinterica 2,0% 38,3% Compromissione motoria grave 31,3%
ROSOLIA IN GRAVIDANZA	Su 284 (100%) pazienti: 209 (73,5%) Assenza di rischio 75 (26,5%) Rischio teorico di cui: 12 (16%) Reale trasmissione materno-fetale
IGROMA CISTICO	Su 310 pazienti: 72% Buona evoluzione a 25 anni di follow up
GRAVE ISOIMMUNIZZAZIONE RH	90% sopravvivenza con trasfusioni intravascolari fetali intrauterine e buona evoluzione a lungo follow-up
MALFORMAZIONE ADENOMATOIDE CISTICA CONGENITA DEL POLMONE FETALE	64,3% Risoluzione prenatale del volume delle cisti 42,9% Risoluzione Postnatale 28,6% Chirurgia Postnatale
ERNIA DIAFRAMMATICA	44,6% Sopravvivenza dopo chirurgia postnatale
TERATOMA SACRO-COCCIGEO	71% Sopravvivenza dopo cure palliative prenatali e trattamenti terapeutici e chirurgia postnatale
MEGAVESCICA	82,3% Sopravvivenza dopo cure palliative prenatali e trattamenti terapeutici e chirurgia postnatale

Il quadro sopra esposto, che mostra le straordinarie possibilità offerte oggi dalla scienza nel campo degli interventi pre e post-natali, spinge fortemente verso un cambiamento nell'approccio alla diagnosi prenatale patologica. Il progresso scientifico ci consente di intervenire su patologie e condizioni sulle quali, fino a pochi decenni fa, era impensabile un qualsiasi atto medico. Ecco, dunque, che l'evoluzione della medicina necessita di un'evoluzione della concezione della patologia prenatale, non più come sentenza assoluta di morte (reale o indotta) ma, come sfida medica e umana, come percorso, a volte tortuoso, da compiere, guidato dalla speranza e sostenuto da una grande fiducia in una scienza medica umanizzata e rispettosa della vita.

L'amore di alcuni genitori verso i propri figli, anche se non ancora nati, non vede le malformazioni, non vede la malattia e nemmeno la prospettiva della morte subito dopo la nascita, ma guarda alla piccola creatura, semplicemente come al proprio bambino. A queste famiglie non può essere indicata come unica strada percorribile l'aborto volontario, perché, nel loro sentire equivarrebbe ad eliminare il figlio in quanto malato. Di fronte alla domanda: "Uccidereste il vostro bambino se si ammalasse dopo la nascita?", nessun genitore, potrebbe rispondere di sì; la differenza, dunque, è solo in quell'essere "invisibile agli occhi", che però non cambia la sostanza: il bambino, il figlio, c'è, esiste, è vivo, e lo è fino dal momento in cui è stato concepito. La sua dimensione o il suo peso non ne cambiano la natura di essere umano vivente, perché se invisibile agli occhi del corpo non lo è agli occhi del cuore.

Come in molte delle testimonianze raccolte dalla nostra Fondazione, per queste famiglie, il dolore della malattia del bambino, si accompagna alla sofferenza indotta da un sistema sanitario e sociale che erige grandi barriere di fronte alla scelta di portare avanti una gravidanza patologica, specie se il bambino è considerato incompatibile con la vita extrauterina, terminale, e quindi senza nessuna speranza di sopravvivenza.

È poi un dato di fatto che, di fronte ad un test diagnostico alterato o ad un rischio di patologia o di "imperfezione", anche remoto, l'aborto volontario venga indicato come corsia preferenziale, se non unica. Spessissimo, i medici, di fronte al dubbio legittimo di un genitore posto di fronte ad una scelta così atroce, continuano a rispondere, senza mezzi termini, "aborto". In realtà molte donne e famiglie scelgono questa strada perché "spinte" in quella direzione, in quanto ignare della possibilità di procedere in altro modo, perché mancanti di una conoscenza precisa della patologia e dei rischi connessi; perché non supportate adeguatamente o abbandonate a sé stesse.

È, dunque, arrivato il momento di far sapere che di fronte ad una diagnosi prenatale patologica si può scegliere di non abortire, si può accedere alle Cure prenatali e alle Cure palliative e si può, nel caso in cui venisse diagnosticata al bambino una patologia incompatibile con la vita, decidere di farlo nascere e accompagnarlo fino all'esito naturale.

L'Accompagnamento è forse una delle proposte più difficili da fare a dei futuri genitori. Ai più appare come una strada impercorribile, frutto di impostazioni religiose o morali, un esporsi ad una sofferenza certa e consapevole. C'è sicuramente del vero in tali considerazioni ma ci sono anche altri aspetti, alcuni di tipo scientifico e altri di tipo umano, che si possono comprendere solo ascoltando chi questo cammino lo ha già percorso. In primo luogo, è bene ricordare che ricorrendo all'aborto volontario non si evita il dolore; anche l'aborto porta con sé un lutto legato alla perdita del figlio. I danni psicologici, soprattutto per la donna, sono ampiamente documentati e sono amplificati dal senso di colpa conseguente ad un rifiuto generato da una fragilità del bambino: si rifiuta un figlio perché malato; il tutto si ripercuote, naturalmente, anche sugli equilibri familiari. A fronte di questo contraccolpo derivante dal ricorso all'aborto volontario, esistono, dall'altra parte, tutta una serie di effetti generati dalla scelta opposta, totalmente ignorati, e che invece rendono tale alternativa auspicabile in quanto in linea con la natura umana, con il progetto genitoriale, con tutto quel sistema relazionale e affettivo che lega il nascituro ai genitori e anche con la salvaguardia della salute materna in tutti i suoi aspetti.

L'elemento che più emerge osservando e ascoltando le famiglie che hanno scelto la strada dell'accoglienza, è quella serenità di chi sa di aver combattuto e compiuto tutto quanto era nelle proprie possibilità per proteggere il proprio bambino, per concedergli una possibilità di cura o lasciargli vivere il tempo concesso. Non si tratta di famiglie di supereroi, per quanto il loro coraggio le caratterizzerebbe tranquillamente come tali, ma di famiglie normali che hanno affrontato, a volte con umana debolezza, tutto quello che gli si è posto lungo il cammino dell'accoglienza: il rifiuto della malattia, i mille dubbi, le paure e le angosce, l'incomprensione della società e della famiglia, la solitudine e il dolore, fino ad arrivare a quella trasformazione che ha inizio nel momento della scelta di lasciar "scorrere la vita" rimettendosi al volere di Dio; si evolve attraverso un incondizionato amore per il proprio bambino malato, che diventa egli stesso la forza che sostiene i genitori nell'affrontare gli ostacoli che la malattia, ogni giorno, pone loro davanti; e sfocia, infine, in un senso di pace e serenità, che appare come assolutamente disarmante, considerato il durissimo percorso affrontato. Sono famiglie che hanno sentito forte la responsabilità della loro scelta di essere

genitori, che hanno amato profondamente le loro creature, che hanno accettato, sia pur con dolore, di essere attori positivi di un “disegno” più grande.

La letteratura scientifica recente consolida in maniera ineccepibile queste considerazioni. Un lavoro fatto da Guon J. e coll., “Our children are not a diagnosis: the experience of parents who continue their pregnancy after a prenatal diagnosis of trisomy 13 or 18”, e pubblicato su *Am. J. Med. Genet. (Part A)* 164 A:308-318, 2014), affronta questa problematica. Tale studio ha riguardato un campione di 332 genitori con esperienza di trisomia 13 o 18, condizioni molto gravi. Il primo dato saliente è stato che, di fronte ad una nuova diagnosi di T13 o T18, il 91% degli intervistati ha risposto che non avrebbe interrotto la gravidanza.

Sono stati analizzati i motivi forniti dai genitori e sono stati individuati quattro temi principali: ragioni legate a credenze morali, ragioni incentrate sul bambino, ragioni incentrate sui genitori e ragioni pratiche.

Il motivo più comune citato dai genitori è legato alle loro credenze morali (77%), dipendenti da valori personali (68%) e/o convinzioni religiose esplicite (48%). Il 16% dei genitori ha dato ragioni che sono cadute in entrambi i sottotemi. Da evidenziare però che, per quanto riguarda le convinzioni morali sull'aborto, queste esulano da motivi di carattere religioso. Nei commenti, infatti, l'aborto viene visto come inaccettabile senza un preciso riferimento alla religione:

“Era viva e scalcia. L'interruzione di gravidanza non era un'opzione per me. Non abortire era la cosa giusta da fare, moralmente”.

Il 64% dei genitori ha fornito motivazioni incentrate sul bambino, tra cui: l'amore per il proprio figlio (44%), il valore intrinseco del proprio figlio (27%), dare al bambino una possibilità di vivere (36%). Questi sotto-temi sono stati, spesso, contemporaneamente invocati nella stessa frase:

“Lucas è mio figlio. La diagnosi non ha fatto differenza al fatto che io lo amo. Volevo che avesse le sue possibilità”

L'interazione con i medici non è stata positiva: il 63% dei genitori ha avvertito che i medici non vedevano i loro bambini come unici e non guardavano oltre le spietate statistiche delle loro condizioni; in molti si sono sentiti dire che, se il bambino fosse sopravvissuto, avrebbe vissuto una vita priva di significato (55%) o una vita di sofferenze (68%), che il loro bambino sarebbe stato un vegetale (55%), che avrebbe distrutto la loro famiglia o il loro matrimonio (28%) ...

Tuttavia, ai genitori è stato anche detto che alcuni bambini vivono per molti anni (47%), che il loro bambino avrebbe potuto arricchire la loro vita (12%) e che alcuni bambini vivono una vita breve e significativa (51%). Hanno invece apprezzato il fatto che il medico chiamasse il loro bambino per nome e che la

gravidanza fosse gestita come tutte le altre. Si sono commossi quando il medico ha tenuto in braccio il loro bambino.

Riguardo alle figure mediche, sono stati identificati diversi temi importanti presenti nelle risposte delle famiglie: fornire informazioni in modo equilibrato, rispettare le decisioni, trattare il proprio nascituro come individuo e consentire ai genitori di avere ragionevole speranza.

In conclusione, ciò che riassume questo articolato lavoro, è che la maggior parte dei genitori descrive l'esperienza complessiva della vita del loro bambino come positiva, indipendentemente dalla sua durata.

I genitori i cui figli sono vissuti più di tre mesi, hanno descritto bambini felici che hanno arricchito la loro vita sebbene posti di fronte a varie sfide.

Un altro lavoro di Heidi Cope et al., "Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome", pubblicato su *Prenatal Diagnosis* (2015,35,761-768), ha indagato 158 donne e 109 mariti che hanno perso una gravidanza con anencefalia. Utilizzando scale di valutazione di impatto psicologico (Perinatal Grief Scale, Impact Event Scale, Revised Beck Depression Inventory – II) si è dimostrato che nella popolazione che continuava la gravidanza vi erano differenze statisticamente significative in termini di minor disperazione ($p=0,02$) di evitamento ($p=0,008$) e di depressione ($p=0,04$) rispetto a chi abortisce. La conclusione degli autori era che la continuazione della gravidanza diminuiva la sofferenza psicologica della perdita del feto incompatibile con la vita extrauterina.

Contro l'eutanasia prenatale. In che modo la scienza prenatale può proteggere la vita nascente? L'Hospice perinatale è la risposta scientifica e culturale perché in questa cultura il feto è considerato un paziente: il nascituro è soggetto a terapie fetali invasive e non invasive e trattamenti palliativi prenatali.

Tuttavia, ci sono alcune differenze tra Hospice perinatale e hospice degli adulti:

A. La pianificazione del prendersi cura nell'hospice dell'adulto è obbligata a un percorso definito dalla patologia terminale;

B. La pianificazione dell'Hospice Perinatale, d'altra parte, può seguire evoluzioni inaspettate a causa di interventi terapeutici e / o palliativi che possono cambiare la storia naturale della patologia;

C. Il prendersi cura nell'hospice degli adulti coinvolge purtroppo solo progetti che hanno un impatto con la sofferenza e la morte mentre l'hospice perinatale ha un impatto con la pianificazione della speranza, della vita e dei risultati concreti con un bambino in braccio.

Curare gli incurabili non è una frase ad effetto emozionale, ma è la dimostrazione che, un corretto e appropriato uso della storia naturale di ciascuna anomalia congenita, permette un approccio alla famiglia scientificamente corretto, lontano dalle forme di accanimento terapeutico, psicologicamente fondato sull'ascolto e sulla medicina condivisa, portatore di risultati fondati sull'evidenza scientifica e pienamente umani.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA SCIENZA

di Riccardo Pedrizzi

Presidente del Comitato Scientifico UCID

Da qualche decennio si confrontano e sono sulla scena culturale del nostro paese, ed in generale in tutto l'occidente e in tutto il mondo civilizzato, una serie di orientamenti culturali e di modelli più o meno ideologici che fanno riferimento a diverse, ed alle volte contrapposte, visioni del mondo e della vita.

C'è innanzitutto un modello libertario, di tipo radicale, per il quale l'ultima istanza, la parola definitiva, viene data dalla libertà dell'uomo intesa secondo i criteri e la concezione illuministica della Rivoluzione francese. Per essa la fecondazione per donne sole, purché voluta, è legittima; l'utilizzo del proprio corpo, comunque lo si voglia realizzare, è legittimo perché la volontà vuole questo; potersi drogare e lo stesso suicidio diventano l'espressione più grande dell'autodeterminazione dell'uomo. È in fondo la libertà del più forte; una libertà assoluta e senza responsabilità; è la libertà nichilista di Herbert Marcuse che, chi è della mia generazione lo ricorda bene, imperversava negli anni '60 del secolo scorso; una libertà che in fondo fa inaridire la stessa fonte della libertà che è la vita. È la libertà del più forte, perché è il più forte che può decidere se il nascituro ha da nascere o meno; è il più forte a decidere se si deve praticare o meno l'eutanasia.

Abbiamo poi un secondo orientamento, un secondo modello culturale ed è il modello della filosofia empiristica dell'etica socialista, della prassi: la scienza, la ricerca scientifica viene utilizzata solo in una visione utilitaristica, che produce, ad esempio, più embrioni di quanto siano necessari per la nascita, facendo morire tutti gli altri, che utilizza l'aborto in maniera selettiva a scopo terapeutico o per la contraccezione.

Questo orientamento opera in termini di costi e ricavi e, purtroppo, sta diventando una realtà anche da noi, non essendo più solo un orientamento teorico. Basterà vedere come si comportano le nostre Unità sanitarie locali nel momento in cui sopprimono certi servizi perché troppo costosi e poco redditizi.

In pratica, Stati moderni, e lo ricordava proprio Monsignor Sgreccia in un convegno organizzato a Latina da chi scrive, che sono all'avanguardia del mondo occidentale, decidono quale malattia sia curabile e quale malattia debba essere ritenuta incurabile e così spesso il malato terminale non viene più curato perché costa tanto e troppo. E allora certe terapie non si fanno più.

Lo Stato cioè si arroga il diritto di decidere chi debba vivere e chi debba morire.

Esiste poi un modello darwiniano, sociobiologico, in base al quale la morale si modifica così come si modifica la natura ed il mondo. In pratica, è il relativismo, per cui noi non abbiamo più un'etica oggettiva o valori di riferimento, operiamo e camminiamo sulle sabbie mobili e non sappiamo più orientarci.

Accanto a questi modelli, a questi orientamenti culturali, c'è la dottrina, la visione di sempre, del pensiero occidentale ed europeo che non è nemmeno quello esclusivamente cristiano, ma che potremmo definire "personalistica", che considera la persona per il valore che ha ontologicamente, essenzialmente. E quindi la persona e la sua dignità diventano il discrimine nei confronti di una pratica medica e di una ricerca scientifica.

Al di fuori di questa impostazione personalistica, che mette al centro della sua valutazione l'uomo, non rimane altro che l'immanentismo evolucionista e storicista, che dissolve la verità nella prassi e che annulla la persona nello Stato e nella collettività. Oppure abbiamo il soggettivismo, per cui l'uomo è misura di tutte le cose, di sé stesso, e decide per quello che ritiene il meglio, indipendentemente dagli altri.

Dinanzi a questi esiti, a questi sbocchi della nostra cultura, nella prospettiva di quello che Monsignor Elio Sgreccia definiva nei suoi manuali l'assenza assoluta, il silenzio della metafisica, una riflessione si impone, non solamente agli uomini di scienza e agli addetti ai lavori, ma si impone al politico ed al legislatore, e, soprattutto, direi, si impone all'uomo comune, perché noi ci giochiamo, se non saremo in grado di mettere dei paletti a questa tentazione faustiana, il futuro dell'umanità.

Su questi temi il dialogo tra scienza e fede, tra scienza ed etica oggi può beneficiare della ragione umana, a differenza di quanto accadde due secoli fa con il razionalismo e l'illuminismo, allorquando la ragione pretese di risolvere tutti i problemi dell'umanità da sola, assolutizzandosi.

Oggi la ragione, insieme alla fede, è in grado di dare un suo grande contributo alla soluzione di questi problemi, come ci ha insegnato San Giovanni Paolo II nella sua enciclica *Fides et Ratio*, affermando ed auspicando che l'uomo possa finalmente volare con ambedue le ali, quella della ragione e quella della fede.

EUTANASIA E TECNICHE DI MANIPOLAZIONE DELL'OPINIONE PUBBLICA: TRISTI SOMIGLIANZE

di Massimo Polledri

Deputato XVI legislatura; Osservatorio parlamentare "Vera Lex?"

La comunicazione è tutto e i Radicali lo sanno bene. Per portare a termine la campagna a favore della legalizzazione dell'eutanasia quella comunicativa è la principale strada. La morte in Svizzera di Fabiano Antoniani non è stato un caso isolato, non è il primo e non sarà l'ultimo perché dietro la storia tragica di Dj Fabo c'è una precisa strategia che si serve di una vastissima campagna d'opinione, che martella e usa testimonial dal volto familiare per affermare il principio della "buona morte". Soldi e testimonial, storie drammatiche e incursioni parlamentari fatte di petizioni, disobbedienza civile e soprattutto la realizzazione di un intergruppo parlamentare che chiede l'eutanasia. Perché è sempre stata questa la "forza" dei Radicali: convogliare attorno a sé una trasversalità di posizioni tale da esercitare una pressione di tipo lobbistico formidabile. Consapevoli che la battaglia si fa dapprima sul piano culturale.

E Dj Fabo è stata l'ultima vittima sacrificata sull'altare. Coinvolto e portato come un vessillo, ma guai a avanzare il sospetto che anche il povero Fabo sia stato usato.

Una delle caratteristiche delle storie-manifesto eutanasiche è quella di non entrare nel merito delle scelte: se lo decide lui, va bene. Perché il corpo è mio.

È un piano articolato e diabolico, che parte da lontano e che ha bisogno di soldi. Il sito www.eutanasialegale.it racconta della campagna iniziata nel 2012 dai Radicali e dall'Associazione Luca Coscioni. Vi si trova tutto: le strategie, le azioni di pressione, persino la storia di quella che a tutti gli effetti si può chiamare la lobby eutanastica. L'obiettivo è quello di approvare una legge sull'eutanasia. Una legge in cui venga messo nero su bianco che "il trattamento eutanastico rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche".

Tutto nasce il 4 ottobre 2012 con una campagna choc: "A.A.A. Cerchiamo malati terminali". Si va subito al cuore dell'obiettivo. Per affermare la cultura della morte non bastano i testimonial e gli agganci politici, ma ci vuole anche la partecipazione attiva di loro, dei protagonisti. Chiunque sia in uno stato di sof-

ferenza derivato da una diagnosi di malattia, non importa se ancora allo stadio embrionale. Comincia così, con una “pesca a strascico” di storie, con un casting macabro l’avventura di Eutanasialegale.it, che in poco tempo diventa in principale motore in mano ai Radicali per scardinare il sistema.

Servono dunque storie, servono persone in carne ed ossa che ci mettano la faccia. Persone a cui nessuno nel sito dice che la loro vita va bene anche così, che è comunque vita.

Tempo pochi mesi e la macchina è già al lavoro. Alla fine del 2012 il leader radicale Marco Cappato accompagna Piera, una donna veneziana, in Svizzera, nella stessa clinica dove è morto Fabo. La sua è stata la prima storia ad essere raccontata sul portale. La donna è malata terminale di cancro al fegato e nel breve video si chiede: “A che cosa serve la mia sofferenza? A chi interessa il mio dolore?”.

Cappato si recò così in Svizzera, sapendo perfettamente che sarebbe potuto andare incontro a grane giudiziarie. Ma che non si verificarono mai.

Nel dicembre 2015 Cappato annuncia: “Ho aiutato Dominique Velati ad andare in Svizzera”. Le ha pagato il biglietto del treno. Dominique era una militante radicale di 59 anni. Anche qui il Radicale andò ad autodenunciarsi. Non accadde nulla.

Quindi ci sono già numerosi precedenti.

In fondo, farsi arrestare non è stato altro che un tassello della strategia.

Il pezzo forte sono i video appelli vip. Se ne trovano diversi negli anni. Il più esaustivo è quello dell’appello ai Senatori e Deputati dove a metterci la faccia sono un po’ tutti: Marianna Aprile, Corrado Augias, Luca Barbarossa, Marco Bellocchio, Emma Bonino, Marco Cappato, Maurizio Costanzo, Rosanna D’Antona, Filippo Facci, Vittorio Feltri, Corrado Fortuna, Filomena Gallo, Giulia Innocenzi, Selvaggia Lucarelli, Marco Maccarini, Mara Maionchi, Neri Marcorè, Gianni Miraglia, Aldo Nove, Paolo Mieli, Marco Pannella, Rocco Papaleo, David Parenzo, Platinette, Roberto Saviano, Michelangelo Tagliaferri, Umberto Veronesi, Alessio Viola, Mina Welby.

A dare supporto alla causa ci si mette anche Vasco Rossi che dona “alla campagna” una delle sue canzoni più belle: Vivere. Perché? Perché ad un certo punto dice: “Oggi non ho tempo, oggi voglio stare spento”. Pensava all’eutanasia il Blasco quando scrisse il testo? Certo che no, sennò come giustificare il successivo ... e pensare che domani sarà sempre meglio, ma per la causa si fa questo e altro.

Tutto è incentrato nel muovere a pietà, in un rovesciamento diabolico di schemi e verità. Come la campagna 2017 dove si vede un malato ormai morto

con le spine finalmente staccate e il Cristo alle pareti che si protende per sorreggerlo. Immagine dal chiaro significato evocativo: è questo il vero Cristianesimo, quello che muove a pietà e pone fine alla vita dell'uomo tramite un altro uomo.

Si scopre poi che Fabiano Antoniani avrebbe potuto tranquillamente rinunciare alle cure e spegnersi nel suo letto, a casa sua, senza problemi con la legge e i tribunali, e che quella di andare in Svizzera è stata una scelta tutta politica, un'efficace strategia mediatica tipicamente radicale. Ospiti entrambi del giornalista Telese su LA 7, un interessante battibecco tra i due svela l'esistenza di una "via italiana all'eutanasia", che però, nel caso di Fabiano, si è deciso di non seguire. Dice la Coscioni: "Fabo poteva percorrere la strada di Welby, una via italiana già percorsa con Pannella, la sospensione della respirazione artificiale". Cappato, allarmato, nega e tenta di fermarla: "Non è vero, non è vero...". Ma la Coscioni insiste: Fabo era attaccato al ventilatore e aveva un'autonomia respiratoria ridotta, si poteva staccare per pochissimo tempo. Inoltre, era alimentato con una nutripompa, quindi per morire avrebbe potuto semplicemente rinunciare a idratazione e alimentazione artificiali.

Telese chiede che differenza c'è tra la "via italiana" e il suicidio assistito in Svizzera. La Coscioni diligentemente spiega: "Non fa differenza se morire in un giorno o in poche ore. È l'impatto che abbiamo voluto dare a far la differenza".

In questa storia ritroviamo gli ingredienti fondamentali che permettono a un manipolo bene organizzato – costituito da pochissimi politici e intellettuali – di progettare, promuovere e portare a compimento la trasformazione del senso comune di un'intera nazione rispetto a un grande tema collettivo come quello dell'eutanasia. Sono strategie che abbiamo già visto usare con tragico successo nel caso del divorzio e dell'aborto. Ora tocca al disegno che prevede la trasformazione della morte da fatto naturale a vicenda artificiale, programmata e pianificata dall'uomo che si "autodetermina".

Ecco come, in dieci mosse, la cultura radicale è scesa in campo per vincere la sua partita a favore dell'eutanasia.

1. Pietà verso il caso umano

Il caso umano serve a sconvolgere l'opinione pubblica: presentare un volto concreto che si offre con crudezza alla commiserazione della gente. Il caso umano deve spaventare l'uomo della strada, parlo di fronte a una situazione che gli appaia insostenibile. Portare gli spettatori e i lettori a pensare: che orrore, se capitasse a me. Bisogna usare un corpo umano per disarmare l'opinione pubblica, ridurla al silenzio, metterla in condizione di inferiorità psicologica.

2. Apparente assenza della componente ideologica

I registi di tutta l'operazione devono fare un passo indietro, si defilano in una zona d'ombra del palcoscenico, pronti a uscire allo scoperto al momento opportuno. I radicali sono consapevoli di non essere simpatici a tutti. Sanno anche che l'uomo della strada prova un sentimento di istintiva diffidenza per i politici. Ecco allora che la "battaglia per i diritti civili" diventa potente se è combattuta da una vittima, fornita di una patente di rispettabile normalità: la moglie maltrattata, la donna violentata, il malato di sclerosi. Persone che parlano non per interesse di partito, ma per far valere "un loro diritto": quello a divorziare, ad abortire, ad essere uccisi.

3. Inquinamento del fatto religioso

In un Paese che conserva ancora sentimenti confusi ma diffusi di affinità al cattolicesimo, l'esibizione del crocifisso appeso accanto al letto di Welby è un vero colpo da maestro. Non dunque un ostile anticlericale ateo professore, ma un più intrigante uomo attraversato da dubbi e interessi per "le religioni". Il messaggio allo spettatore medio è: guarda, noi non ti chiediamo di abiurare la tua fede; puoi essere cattolico e volere l'eutanasia. È la tecnica dello "svuotamento" della fede, della sua riduzione a qualsiasi cosa, a insignificanza.

4. Clericalizzazione del problema

Il massimo che il cattolico medio sappia esibire in queste discussioni è spesso uno slogan del tipo: "come credente sono contrario all'eutanasia". Una dichiarazione che va a nozze con l'obiettivo del nichilismo radicale: mostrare che in queste materie ognuno deve poter decidere in base alle proprie convinzioni morali e religiose. Siamo così giunti all'anticamera della legalizzazione.

5. Complicità dei mezzi di comunicazione di massa

Non serve alcun commento a questo punto essenziale per la strategia che stiamo decriptando.

6. Collateralismo del sistema politico e istituzionale

Dai partiti deboli in cui ci si nasconde dietro la "libertà di coscienza" e la Corte costituzionale che "obbliga" il Parlamento ad agire entro una data pena la sua

esautorazione di fatto arrivano sponde al messaggio di morte, che lo rendono più credibile, più “legittimato”.

7. Consapevolezza della debolezza dell'avversario

I radicali sanno benissimo che il loro avversario è, su queste frontiere della vita e della morte, sempre più demotivato, fragile, superficiale. Gli opinion leader – politici, intellettuali, ma anche teologi, sacerdoti, catechisti – leggono i corsivi sulle prime pagine dei giornali laici e fiutano il vento che cambia direzione. Terrorizzati dalla paura di perdere il consenso della loro base – gli elettori, i colleghi, i parrocchiani – preferiscono tacere. O nascondersi dietro formule ambigue del tipo “è un problema complesso”. Così, l'opinione pubblica finisce con l'ascoltare solo la campana dei cattivi maestri.

8. Elaborazione di falsi bersagli

I radicali sanno altrettanto bene che la società – come la natura – non facit saltus. I cambiamenti verso la dissoluzione dell'ordine naturale devono avvenire gradualmente. Ma per provarli bisogna fingere di pretendere tutto e subito. Così, in Parlamento hanno depositate richieste di legalizzazione “estrema”.

9. Definizione occulta dei veri obiettivi

Nascostamente, i fautori della cultura della morte hanno pianificato con realismo gli obiettivi di breve e medio termine. Dapprima “spostare” intere masse di uomini politici su una posizione di pacifica accettazione del cosiddetto “testamento di vita”, considerando idratazione e nutrizione presidi medici e quindi rinunciabili. Senza lo scossone del caso Welby, Englaro, Fabo sarebbe stato ancora possibile mettere in discussione le numerose ambiguità di questo strumento. Invece, adesso, i radicali hanno messo a segno il loro capolavoro, con l'aiuto finalmente arrivato della Corte costituzionale e del Suo Presidente che ha “fretta”, finendo il suo mandato fra poche settimane ...

In tutta questa sorta di “ingegneria civile”, possiamo vedere la famosa “finestra di Overton” messa in atto dalle menti del pensiero sociale e pubblicitario, per far sì che l'atteggiamento dell'opinione pubblica rispetto a una certa idea si sposti in una determinata direzione. Attraverso tale “finestra di Overton”, quindi, possiamo “vedere” con i nostri occhi come avviene la persuasione politica, sociale ed economica nella nostra società contemporanea, e dei meccanismi che possono essere utilizzati per tali scopi. Sulla base di questo schema, infatti, si

possono costruire (e sono state costruite) campagne a favore di alcune idee non ancora accettate dalla società.

Tramite una progressione geometrica che coinvolge tv, giornali, internet, istituzioni e politica, l'inaccettabile diventa accettabile, e addirittura conforme e legalizzato. Quindi, un'idea del tutto inaccettabile qualche anno prima, diventa, dopo i vari passaggi proposti dallo schema, un'idea del tutto accettata e radicata all'interno della società, tanto da diventare "legge". Senza forzature, senza violenza fisica, la violenza, semmai, è subdola, riguarda la mente e le coscienze dell'umanità. Tutto questo può essere attuato perché viviamo in una società imbevuta di relativismo etico e che è ormai priva di valori non negoziabili.

Di questo parlò alcuni anni or sono il Cardinale Bagnasco.



Il cardinale ne aveva parlato a proposito delle forti pressioni culturali che da decenni stanno tentando di "snaturare" alcune parole-chiave "della vita e della storia umana – come persona e libertà, amore e famiglia, vita e morte, sessualità e generazione", finora comunemente accettate nella loro sostanza dall'opinione pubblica. "In diversi Paesi europei – ha aggiunto Bagnasco – perfino certe aberrazioni come la pedofilia, l'incesto, l'infanticidio, il suicidio assistito sono motivo di discussioni e di interrogativi non astratti. È risaputo che tutto ciò non è casuale: attraverso alcune tecniche di persuasione delle masse, si riesce a far accettare l'introduzione e la successiva legalizzazione di qualsiasi idea o fatto sociale, fosse anche la pratica che, al momento, l'opinione pubblica ritiene maggiormente inaccettabile". E di queste tecniche di persuasione delle masse, il cardinale ha citato proprio la "finestra di Overton".

Si tratta dunque di “spostare” o “ampliare” lo spazio di accettabilità da parte dell’opinione pubblica, per far ricadere al suo interno l’idea da promuovere. Questo processo si attua mediante sei fasi progressive, che definiscono il percorso comunemente compiuto dalle idee ai fini della loro accettazione sociale. Si parte quindi dal capire in quale “finestra” si trovi attualmente un’idea (ad esempio, la legalizzazione dell’eutanasia), per poi farla progressivamente slittare verso quella successiva. Queste le sei “finestre” codificate per l’accettazione di massa di un’idea: “impensabile” (= inaccettabile, vietata); “radicale” (= vietata ma con eccezioni); “accettabile”; “sensata” (= razionalmente difendibile); “diffusa” (= socialmente accettabile); “legalizzata” (= introdotta a pieno titolo).

Attualmente siamo nella fase “diffusa” con un piede in quella “legalizzata”.

L’introduzione della eutanasia richiede quindi stratagemmi comunicativi.

Si deve passare dalla mistificazione della falsa pietà per arrivare sempre ad affermare il concetto di “vita indegna di essere vissuta”.

Vediamo, così, per analogia, che quasi identico percorso trovò l’introduzione della eutanasia in Germania nel 1939.

Verso la fine del 1938, alla Cancelleria del Führer pervenne una richiesta molto importante. Hitler ordinò a Brandt di recarsi alla clinica dell’Università di Lipsia dove un bambino di nome Knauer era stato ricoverato, in seguito alla richiesta da parte dei genitori dello stesso, con l’intenzione di potergli concedere una morte pietosa (Gnadentod, letteralmente la morte ricevuta per grazia), a causa delle sue condizioni.

Brandt ricevette prima della partenza l’ordine speciale da parte del Führer di autorizzare i medici a concedere l’eutanasia, nel qual caso le condizioni del bambino fossero state davvero gravi come affermato dai genitori, garantendo una totale copertura da qualsiasi procedimento legale. Tornato a Berlino dopo questa prima esperienza, Brandt fu autorizzato da Hitler, che non voleva essere identificato pubblicamente col progetto, a comportarsi secondo le prime direttive in tutti i casi simili che gli si sarebbero presentati. Ebbe ufficialmente inizio il programma T4: «Al capo della Cancelleria e del Reich Bouhler e al dottor Brandt, viene affidata la responsabilità di espandere l’autorità dei medici, i quali devono essere designati per nome, perché ai pazienti considerati incurabili secondo il miglior giudizio umano disponibile (menschlichem Ermessen) del loro stato di salute possa essere concessa una morte pietosa».

Venne inoltre ribadita l’importanza che il carattere medico fosse alla base di tutta l’operazione.

La propaganda nazista per inculcare l’idea dell’eutanasia nelle menti del popolo fu vasta e si attuò in molti campi, a partire dalla proiezione cinematogra-

fica. Diversi film furono girati dal 1935 in poi. Uno in particolare fra questi (*Ich Klage an*, in italiano *Io accuso*, del 1941) fu unico per il fatto di trattare specificamente dell'uccisione medica, anche se in toni mistificati e romanzati, ed ebbe origine proprio da un suggerimento di Karl Brandt stesso per convincere l'opinione pubblica tedesca ad accettare l'idea dell'eutanasia.

Fu dopo quel film in cui l'accusato vuole la "buona morte alla moglie malata" che venne fatto il primo sondaggio per vedere la reazione degli spettatori. Che, ovviamente, parteggiarono per il "Cappato" dell'epoca.

L'INVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DANNEGGEREBBE TUTTI

di Maurizio Sacconi

Già Ministro del welfare; Deputato fino alla XVII legislatura;
Osservatorio parlamentare "Vera Lex?"

La approvazione della legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento e la possibile cancellazione del reato commesso attraverso l'assistenza al suicidio di una terza persona non si limitano ad affermare diritti individuali per quanto discutibili. Trascurando (per un attimo) valutazioni etiche sulla reale natura di questi "diritti", è bene considerare anche la conseguenza di tali regolazioni sulla vita (e sulla morte) di tutti i cittadini. In modo che ciascuno possa riflettere sul grado di estraneità a questa normativa solo apparentemente destinata a soddisfare il desiderio di coloro che vogliono porre fine alla loro vita. Per come sono state raccontate, queste discipline potrebbero indurre la non encomiabile ma comprensibile considerazione: "affari loro, io di certo non le userò".

Potremmo innanzitutto considerare i profili culturali di questi nuovi paradigmi che, entrando nell'ordinamento, gradualmente (ma non troppo), cambiano i sentimenti tradizionali di una società. Quelli, per intenderci, in base ai quali ciascuno, ben al di là del suo rapporto con la fede, è stato sin qui indotto ad agire istintivamente a sostegno morale e materiale di chi si fosse messo volontariamente in una situazione di pericolo. O quelli che fanno esprimere pietà operosa per uno stato di solitudine, per la depressione che ne può derivare, per il desiderio di "farla finita". Giorno dopo giorno si indebolirebbe la nostra costituzione morale e con essa l'attitudine alla relazionalità con le persone più fragili. Affari loro!

Ma è forse ancor più rapida la possibile involuzione del Servizio Sanitario Nazionale. Fino al provvedimento di forzosa conduzione a morte di Eluana Englaro e alla approvazione della citata legge sul "biotestamento", norme e statuti regolanti le aziende sanitarie territoriali od ospedaliere hanno sempre contenuto un esplicito orientamento alla vita. Il che non ha mai impedito la rinuncia, anche attraverso un solo sguardo tra medico, paziente (ove consapevole) e familiari, ad ogni forma di accanimento terapeutico.

Ancor più in presenza della liceità dell'assistenza al suicidio, assisteremo inevitabilmente ad un rapido (ulteriore) affievolimento di questo orientamento.

Dopo la legge sulle DAT si è infatti già considerata la difficoltà di un rianimatore chiamato a compiere il suo dovere che, nel dubbio di una volontà contraria non sempre acquisibile con immediatezza o ben manifestata, potrebbero perdere tempo prezioso o rinunciare nella previsione di un probabile esito di indebolimento cerebrale.

Ora, nella non auspicabile ipotesi del superamento del reato di cui al art. 580 c.p., infinite saranno le situazioni ambigue nelle quali una volontà espressa in una particolare congiuntura o male interpretata potrebbero condurre operatori non più formati ai tradizionali valori ad agire, soprattutto su persone anziane, con il banale scopo di “semplificare” una situazione complessa. D'altronde, gli stessi problemi di sostenibilità dei sistemi pubblici di protezione della salute indotti dagli alti costi della innovazione stanno aprendo la strada, soprattutto nella dimensione anglosassone (dei nuovi mondi non sappiamo molto), alla rinuncia alle terapie oltre una certa età.

Fin qui proprio la nostra cultura tradizionale ci ha condotto a rimettere alla scienza e coscienza del medico la decisione sulla appropriatezza delle terapie dedicate a ciascun paziente a prescindere da ogni considerazione economicistica. La sostenibilità sarebbe oltre a tutto garantita dalle possibili scelte di riorganizzazione dei livelli di assistenza, a partire dalla rete ospedaliera, in relazione al mutato quadro epidemiologico (meno acuti, più cronici) e agli effetti sostitutivi delle nuove terapie sulle tradizionali prestazioni come il ricovero.

Insomma, nessuno può illudersi di rimanere estraneo a queste decisioni pubbliche impropriamente descritte come libertà individuali. Siamo inevitabilmente in relazione gli uni con gli altri e le leggi concorrono a formare una comunità. Nel bene e nel male.

ROMPERE LA CONNIVENZA DEL SILENZIO

di Luisa Santolini

Deputato XV-XVI legislatura; Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”

Molti la chiamano “la dolce morte” e questa suadente dizione rischia di farla accettare come una soluzione giusta, anzi auspicabile soprattutto nelle società edoniste dell’Occidente, in cui, come ha detto Benedetto XVI, “la vita è esaltata finché è piacevole, ma viene negata quando è malata o sofferente nella fase terminale”.

Molti Paesi europei hanno approvato Leggi che consentono l’eutanasia attiva e/o passiva e anche quei Paesi che la considerano illegale, con scappatoie giuridiche o distinzioni linguistiche molto discutibili, di fatto uccidono persone solo perché disabili e si moltiplicano casi come quello di Alfie Evans o di Charlie Gard o di Lambert in Francia. Con il tragico aggravante che sono state sistematicamente ignorate le richieste dei genitori di tenere in vita il loro caro anche a proprie spese. Negli Stati Uniti la situazione è a macchia di leopardo, ma anni fa la morte di Terry Schiavo, grave cerebrolesa, cosciente e reattiva al di là dei semplici riflessi, non tenuta in vita in modo artificiale e fatta morire di fame e di sete, ha scosso il mondo intero. Allora fummo in molti a dire che in Italia non sarebbe mai successo, invece il caso Eluana Englaro giusto 10 anni fa è arrivato come un ciclone e ha spazzato via ogni certezza.

Oggi siamo ad una svolta decisiva e mi sembra assurdo che su un tema così importante non ci sia dibattito pubblico, non ci siano prese di posizione, non ci siano iniziative volte a far comprendere alla opinione pubblica cosa stia succedendo.

Viene il sospetto che questo basso profilo dei media e dei social in generale sia frutto di una ben precisa strategia. Parlarne poco, non sollevare questioni spinose, aspettare con calma in modo che la gente ad un certo punto si trovi l’eutanasia in casa senza neanche sapere perché e come sia potuto succedere, una eutanasia arrivata nelle case della gente per sentenza.

Se non fosse per l’iniziativa di un gruppo di pochi parlamentari e di un gruppo di associazioni attente e preparate che hanno voluto alzare il velo di omertà e di silenzio su quello che sta accadendo nelle Aule della Corte Costituzionale e del Parlamento italiano, se non fosse per la coraggiosa presa di posizione del Presidente della Cei e del quotidiano *Avvenire* nulla sarebbe apparso all’oriz-

zonte di questa calda estate e nulla avrebbero detto i partiti, favorevoli o no alle proposte di legge che vogliono introdurre l'eutanasia in Italia.

Il dibattito sulla eutanasia nelle Aule del Parlamento si inserisce in questo scenario e si avvicina a grandi passi con una grande parte di opinione pubblica che sicuramente è contraria a soluzioni estreme solo se le si racconta come stanno le cose e cosa si prospetta e una piccola parte di popolazione, ma molto agguerrita, con in mano i media più diffusi e gli intellettuali più autorevoli, favorevole alla cosiddetta "autodeterminazione" del malato, alla possibilità di aiutare il suicidio di un proprio caro, alla completa deresponsabilizzazione dei medici e alla cancellazione del giuramento di Ippocrate. Il tutto condito da un malinteso senso di pietà e di solidarietà, dalla "urgenza" di stare al passo con i tempi e con gli altri Paesi occidentali, dalla idea che sia decisiva "la qualità" della vita e la "qualità" deve rispondere a certi standard di efficienza altrimenti non è più tale, dalla mentalità edonista per cui viene sistematicamente rimosso il tema del dolore e della sofferenza, dal culto della libertà individuale che il Papa ha chiamato "libertà anarchica", dalla voluta confusione tra accanimento terapeutico, abbandono terapeutico, cure palliative, sedazione profonda, eutanasia attiva e passiva e dalla affermazione che siccome in tutti gli Ospedali la pratica della eutanasia è normale, tanto vale renderla legale (Corriere della Sera – Veronesi)

In altre parole, la vita è un bene disponibile tanto che Gianni Vattimo afferma " Non è un nobile motivo il proposito di lasciare questo mondo senza essere indotti a bestemmiare il creatore? O quello di liberare le persone care da un peso inutile che rovina ogni rapporto affettivo?".

A queste domande che invocano un suicidio/omicidio esistono risposte alternative da parte della medicina e della scienza, da parte di tante persone che si dedicano alla assistenza dei malati attraverso le loro associazioni, da parte dei familiari che ogni giorno eroicamente e serenamente fanno la loro parte accanto a chi muore.

La richiesta di eutanasia ha, tra le principali motivazioni, il dolore e la solitudine. La paura della morte, della degradazione fisica, dell'agonia è causa di solitudine del morente soprattutto davanti ad una malintesa strategia di accompagnamento del malato terminale, per cui lui non deve sapere e chi gli sta intorno non ne deve parlare. Una sorta di omertà di fronte al dolore, alla agonia, alla degradazione, una sorta di eutanasia della vita, della famiglia, degli affetti

Invece, quello che è certo, è che nessuno, che sia profondamente amato, chiede di morire. Chi è verso il termine della vita ha bisogno di ascolto, ma soprattutto ha bisogno di amore e amore può anche significare semplicemente di scegliere di stare accanto a chi soffre, di scegliere di accompagnarlo malgrado

la fatica e lo strazio, significa semplicemente andare in quella stanza e sedersi accanto al letto, significa prendere una sedia e star lì seduti in silenzio, mano nella mano, nella con-divisione e nella com-passione. L'amore è questa banalità di stare seduti, scegliendo quel posto vicino al letto fino alla fine.

La civiltà di un Paese si misura dal livello di assistenza dei suoi soggetti più deboli. Riuscirà l'Italia a diventare esempio di tutela e di accompagnamento dei suoi figli più fragili e soli, proteggendo la loro vita quando è giunta al suo termine naturale? La risposta non è nelle stelle ma sarà nei fogli che parlamentari e giudici si apprestano a scrivere.

ALZIAMOCI IN PIEDI!

di *Olimpia Tarzia*

per il Movimento PER – Politica Etica Responsabilità

Dinanzi alla dilagante cultura di morte e all'inquietante pervasività della biopolitica con le conseguenti ricadute legislative delle questioni bioetiche, non possiamo tacere, né rassegnarci, né rimanere inerti e vogliamo fare nostro il grido di San Giovanni Paolo II: "Ci alzeremo in piedi ogni volta che la vita umana viene minacciata", pronunciato nell'omelia a Washington, Capitol Mall, il 7 ottobre 1979. Questo è il significato profondo che vogliamo dare a questo nostro seminario, prima tappa di una generale mobilitazione delle coscienze, perché: "Se alla Chiesa, sul finire del secolo scorso, non era consentito tacere davanti alle ingiustizie allora operanti, meno ancora essa può tacere oggi" (*Evangelium vitae*, n. 5).

Vogliamo diffondere una Politica fondata sui principi non negoziabili e ritrovare un'unità tra i cattolici basata sulla consapevolezza della necessità di coniugare l'etica sociale con l'etica della vita e sulle azioni concrete da intraprendere insieme a livello parlamentare, principalmente rispetto all'attuale sfida della deriva eutanasica, presidiando altresì le future scelte legislative inerenti le questioni bioetiche.

Urge una riflessione seria e condivisa sull'azione politica e legislativa dei cattolici, cui vorrei contribuire ponendo, provocatoriamente, alcuni interrogativi come ad esempio il seguente: vale la pena, per un politico cristiano, anteporre il progetto culturale e la visione antropologica cristiana agli interessi del partito o dell'area politica di appartenenza? Potremo mai smettere di dividerci sulla falsa questione: "Chi difende la vita e la famiglia è di destra, chi difende i poveri e gli immigrati è di sinistra"? È realizzabile una politica pulita, libera dalla sub-cultura dell'utile, che non guardi ai propri interessi personali e al ben-essere, ma al buon-essere? E ancora: è possibile, nell'attuale contesto culturale e politico, conciliare passione civile e testimonianza cristiana e tradurre l'antropologia cristiana nella concretezza della politica? Saremo capaci di comprendere che senza un progetto culturale eticamente fondato la politica si riduce a pura tecnica di gestione del potere e la ricerca del bene comune diventa possesso della cosa pubblica? Saremo in grado di testimoniare che si può coniugare l'etica sociale con l'etica della vita e la fede con la ragione? Opporsi alla 'cultura dello scarto'

rappresenta davvero per un politico cristiano un tema prioritario da affrontare e risolvere?

E infine: ha ancora un senso parlare di “principi non negoziabili”? A tutti questi quesiti la mia risposta è “assolutamente sì”!

Sulla difesa della vita e sulla visione antropologica, se pure con modalità di approccio strategico differenti, ritroviamo negli ultimi tre pontificati una chiara continuità: cito solo alcuni dei numerosi interventi in merito.

San Giovanni Paolo II, nell’*Evangelium vitae* più volte affronta tali questioni, ricordando “i sintomi più allarmanti della cultura di morte”, per affermare: “Sarebbe totalmente falsa e illusoria qualsiasi difesa dei diritti umani politici, economici e sociali che non comprendesse l’energica difesa del diritto alla vita dal concepimento fino alla morte naturale (cfr. *Christifideles laici*, n. 38). Inoltre, nel quadro dell’impegno a favore dei più deboli e dei più indifesi, chi è più inerme di un nascituro o di un malato in stato vegetativo o terminale? Quando i progetti politici contemplano, in modo aperto o velato, la decriminalizzazione dell’aborto o dell’eutanasia, l’ideale democratico – che è solo veramente tale quando riconosce e tutela la dignità di ogni persona umana – è tradito nei suoi fondamenti” (*Evangelium vitae*, n. 74).

Sull’eutanasia in particolare, nella *Caritas in Veritate* (n. 28), Papa Benedetto denuncia che “Preoccupanti sono altresì tanto le legislazioni che prevedono l’eutanasia quanto le pressioni di gruppi nazionali e internazionali che ne rivendicano il riconoscimento giuridico”.

Papa Francesco, poi, riferendosi al caso di Vincent Lambert, il 10 luglio 2019 ha affermato: “Una società è umana se tutela la vita, ogni vita, dal suo inizio al suo termine naturale, senza scegliere chi è degno o meno di vivere (...) I medici servano la vita, non la tolgano”, parlando della necessità di una “bioetica globale”.

Vorrei soffermarmi su questo aspetto. Dinanzi al dibattito internazionale sui temi della bioetica, è richiesta ai politici cristiani una vigilanza ed una preparazione particolari, specificatamente per quanto concerne i rischi che porta con sé la “biopolitica”, cioè le ricadute legislative delle questioni bioetiche.

Il termine biopolitica esprime il fenomeno della totale presa in carico e gestione della vita biologica da parte del potere. In questa prospettiva, la biopolitica, una volta elaborate adeguate convergenze ideologiche su specifiche questioni di bioetica, si adopererebbe per tradurli in politica, secondo le normali dialettiche tipiche della politica: dibattiti nella società civile e parlamentari, eventuali proposte legislative, verifiche di costituzionalità, eventuali promozioni di refe-

rendum. La biopolitica, in sintesi, ritiene la vita, la biologia, l'umano non un presupposto, ma un prodotto della prassi.

La pervasività della biopolitica è inquietante. Come è avvenuto per l'aborto, tali processi legislativi politici, stanno avvenendo in un arco di tempo estremamente ridotto e caratterizzato, almeno in Occidente, dal consolidarsi del modello democratico, è segno evidente della forza con cui la biopolitica pretende di gestire la vita, autorizzandone l'esistenza e dandone legittimazione sociale.

La soppressione della vita, in un diffuso contesto biopolitico, ha acquisito una nuova valenza "simbolica", con la pretesa di essere riconosciuta quale diritto fondamentale. In questa logica le spinte alla legalizzazione dell'eutanasia che caratterizzano pressoché tutti i paesi occidentali sono destinate ad estendersi al resto del mondo. Come per l'aborto, l'eutanasia si è trasformata da atto omicida in una pratica di gestione biopolitica della fine della vita umana.

Uscire dal devastante concetto di biopolitica è quindi necessario, ma per farlo è indispensabile attivare un impegno profondo per la difesa della dimensione personale della vita. Ciò significa, da un lato, il riconoscimento del valore intrinseco, pre-politico, della vita e, dall'altro, il secco rifiuto di ogni qualificazione pubblica di categorie biologiche, a partire da quelle di vita e di morte, non accettando mai che esse vengano identificate politicamente.

Vorrei richiamare ora alla responsabilità che ci dobbiamo assumere nei confronti della politica, testimoniando coerenza e chiarezza: la presenza in un programma di partito del 'diritto' all'aborto o di aperture all'eutanasia e di politiche di lotta alla povertà non hanno lo stesso peso morale (e nemmeno politico). Infatti, nel primo caso ci si scontra con un divieto morale assoluto, un divieto di fare il male, quello di non uccidere, mentre la lotta alla povertà è un invito positivo a fare il bene, che può essere declinato in molti modi.

Un ultimo accenno vorrei farlo rispetto all'avanzare del pensiero unico della "qualità di vita". A fronte della possibilità, grazie ai progressi scientifici, di guarire molte malattie, riscontriamo la progressiva perdita della capacità di prendersi cura di chi è sofferente, fragile e indifeso. Il mito della qualità della vita, legata alle abilità, alle possibilità economiche e sociali, alla produttività, alla bellezza, prevale sulla stessa vita. Ma la ragione, oltre che la fede, ci evidenzia che ogni vita umana è sempre 'di qualità' e non c'è una vita umana qualitativamente più significativa di un'altra.

Ed inoltre: quali sarebbero i paletti sotto i quali una vita non è considerata "degrata" di essere vissuta? E chi li stabilirebbe? Si aprono scenari drammatici, perché ogni volta che nella storia si è cancellata la dignità di "persona" si sono commessi (e si continuano a commettere) i peggiori crimini contro l'umanità.

Spesso nascosti da una patina di finta compassione, come nel caso di Eluana e di Vincent, e di tanti altri in futuro se non ci opporremo con tutte le nostre forze: persone con gravi disabilità condannate a morte. Per fame e per sete.

Per questo ci alzeremo in piedi. Per i nostri figli e per le giovani generazioni, per i più deboli, indifesi, abbandonati, scartati perché considerati “inutili”.

Con mitezza, certo, ma senza timidezze e sempre con coraggio e con la determinazione che nasce da argomentazioni antropologicamente e biologicamente fondate.

CONCLUSIONI

UNA RETE CHIAMATA AMICIZIA. ANCHE PER IL BENE COMUNE. ANCHE PER LA POLITICA

di Eugenia Roccella

Saggista; Deputata XVI-XVII legislatura; Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”

Mi è stato assegnato il compito di tirare le conclusioni di questo convegno.

Angelo Picariello ha definito il nostro incontro di oggi “un piccolo miracolo”. Forse non è un miracolo, ma è senz’altro il frutto, molto positivo, dello sforzo di un gruppo di persone che hanno saputo fare rete. L’abbiamo fatto in Parlamento, e abbiamo continuato a farlo come cittadini impegnati in battaglie per la salvaguardia del bene comune, per la conservazione del senso profondo della condizione umana.

Abbiamo saputo fare rete nell’azione parlamentare, attraverso una trasversalità amicale (perché è importante anche avere una volontà di amicizia), ottenendo risultati a volte sorprendenti, e forse anche per questo la gran parte di noi oggi non è più in Parlamento. Nella scorsa legislatura abbiamo bloccato una legge contro l’omofobia che era in realtà contro la libertà di espressione e di manifestazione; non siamo riusciti a fare altrettanto con la pessima legge sulle Dat, la 219/17, ma abbiamo almeno introdotto nel testo importanti modifiche, evitando che fosse ancora peggiore.

Quello che abbiamo prodotto, incluso l’incontro di oggi, l’abbiamo fatto grazie alla tenacia nel tenersi metaforicamente per mano. Tenersi per mano non vuol dire unità a tutti i costi: si possono avere delle divisioni, a volte ci sono e non bisogna temerle.

L’unità è una meta, un obiettivo, non una pregiudiziale. All’unità si può arrivare solo con un onesto atteggiamento di collaborazione ed elaborazione, attraverso la chiarezza reciproca, senza cercare di nascondere l’eventuale disaccordo, ma confrontando le proprie ragioni, con rigore e lealtà. Questo è il metodo che abbiamo adottato, e credo sia il metodo giusto.

Dobbiamo tutti un ringraziamento a Domenico Menorello, perché non è stato soltanto un organizzatore, ma un agente di amicizia, grazie alla sua generosità e capacità di coinvolgimento. Se non facciamo così c’è il forte rischio di essere

irrilevanti: già, rispetto al passato recente, lo siamo diventati, e il fatto che tanti di noi, tra quelli più esposti nelle battaglie a favore della vita e nella famiglia, non siano più parlamentari è un sintomo della marginalità politica attuale dei cattolici, del fatto che le forze politiche non accettano volentieri persone scomode che insistono su temi ritenuti scomodi.

In questo momento la politica non cerca di creare il consenso attraverso scelte coraggiose, ma lo insegue, adeguandosi ai sondaggi, agli umori dell'elettorato, che però sono spesso volatili e impressionistici. È invece un sintomo positivo il fatto che tanti di noi, pur non essendo più deputati o senatori, continuano a mobilitarsi per le cose in cui credono, e continuano a farlo insieme.

Vorrei essere chiara su un altro punto fondamentale per il nostro dibattito di oggi: dobbiamo sapere che in Italia l'eutanasia c'è già, è stata introdotta dalla legge 219/17, e di questo non si può non tenere conto nelle strategie e negli obiettivi che ci poniamo. Un caso tragico come quello francese di Vincent Lambert si potrebbe tranquillamente verificare in Italia, e senza nemmeno finire sui giornali, perché se c'è accordo tra il rappresentante legale della persona che non è in grado di esprimersi e il medico, si possono sospendere idratazione e alimentazione, i sostegni vitali, senza passare da un tribunale.

La legge 219/17 è una legge apertamente eutanassica, come del resto è stato confermato dalla stessa ordinanza della Corte costituzionale; però durante la discussione parlamentare chi l'ha votata lo ha negato fino alla fine. Nella mia dichiarazione di voto ho sostenuto che si era aperta la via italiana all'eutanasia, ma non è casuale che la parola eutanasia non ci sia mai nel testo. Si parla solo e sempre di trattamenti sanitari, e i sostegni vitali sono fatti rientrare tra questi. Il motivo lo ha illustrato la prof. Morresi nella sua relazione iniziale, spiegando che questa è la direzione che sta prendendo tutto il mondo occidentale. Il diritto a morire rientra sempre di più nelle normali offerte del servizio sanitario, è una procedura medica come le altre.

Noi abbiamo fatto una strenua lotta per ottenere l'obiezione di coscienza, cioè per affermare la libertà del medico di non compiere atti che ripugnano alla sua coscienza. Abbiamo ottenuto, come massimo risultato, una formulazione ambigua con cui si afferma che il medico non ha obblighi se le richieste del paziente contrastano con la deontologia professionale e con le buone pratiche.

Ma perché non si è accettato di stabilire semplicemente la libertà di coscienza degli operatori sanitari? Perché così facendo si sarebbe indirettamente ammesso che non si trattava di semplici procedure mediche, ma di eutanasia. Insomma, se sospendere i sostegni vitali e poi ricorrere alla sedazione palliativa profonda

è un trattamento sanitario come qualunque altro, è evidente che il medico è obbligato a offrirlo, non può rifiutarsi.

Gaetano Quagliariello ha ricordato che quando abbiamo lottato per salvare la vita a Eluana Englaro, siamo partiti da una situazione di forte consenso nei confronti del padre, che chiedeva che la figlia morisse, però alla fine siamo arrivati a un capovolgimento dell'opinione pubblica, quando Eluana, chiusa nella clinica di Udine, stava effettivamente morendo. Questo risultato è stato ottenuto perché abbiamo fatto una battaglia straordinaria e coraggiosa, arrivando addirittura al conflitto tra Presidente del consiglio e Presidente della Repubblica. Ricordo quegli avvenimenti per rispondere a chi sostiene che quella contro l'eutanasia oggi è una battaglia perdente, che in Parlamento non ci sono i numeri, che un voto parlamentare in queste condizioni sarebbe rischioso.

Ma c'è ben poco da perdere, perché come ho detto, l'eutanasia c'è già. Non possiamo partire dall'idea che non c'è il consenso dei cittadini se non si è mai aperto il dibattito nel paese, se l'opinione pubblica non è stata coinvolta, insomma, se nessuno ha nemmeno iniziato a fare una battaglia. La buona politica deve saper costruire il consenso, non soltanto inseguirlo, e il caso Englaro ha dimostrato che questo è possibile.

Il nostro lavoro e questo convegno devono servire a stimolare tutti in questo senso, ad aprire sul tema del diritto a morire e dell'ordinanza della Consulta una discussione nelle aule parlamentari e fuori.

Nessuna forza politica, in questo momento, vuole davvero fare una legge, nemmeno chi è più favorevole all'eutanasia. Le proposte di legge che sono state presentate, e su cui si sta discutendo in commissione alla Camera, fanno venire in mente il famoso detto napoletano "le sciabole stanno appese e i foderi combattono". Si tratta di una manovra distraente, nulla di più. Se le cose vanno avanti come adesso, non ci sarà nessuna legge, non ci sarà nessun voto in aula. Siamo a un mese dalla scadenza posta dalla Corte costituzionale (con in mezzo le vacanze agostane), e in Parlamento non è stato fatto nulla, e non mi sembra ci sia la volontà di fare nulla. Qualcuno vorrebbe fare un appello alla Consulta per avere più tempo, ma temo sia patetico, da parte della politica, chiedere più tempo quando in un anno nulla è stato fatto. Per ottenere un rinvio ci vogliono fondati motivi; se un ramo almeno del parlamento avesse approvato una legge, o fosse sul punto di approvarla, si potrebbe tentare, ma non è così. Allo stesso modo sono assai perplessa sulla possibilità, che è stata ventilata, di indire una manifestazione a settembre davanti alla sede della Consulta: dubito molto dell'efficacia di una manifestazione che non ha un interlocutore, e quindi non ha concrete richieste da porre. L'unico interlocutore su cui si poteva effettivamente

fare pressione era, ed è tuttora, il Parlamento, non la Corte costituzionale, che è stata interpellata da un tribunale, ed è chiamata a dare una risposta su un preciso quesito, cioè l'articolo 580 del Codice penale. Una risposta che in parte è stata già fornita, e su cui la stessa Consulta aveva chiesto fosse il Parlamento a intervenire. Non ci sono, in questa partita, tempi supplementari, dobbiamo capire cosa è possibile fare con così pochi giorni a disposizione, non possiamo permetterci di sbagliare obiettivo e strategia, se vogliamo essere efficaci.

Personalmente ero e sono duramente contraria alla legge 219/17, e ho cercato di sensibilizzare la politica per quello che potevo. Ricordo un incontro di apertura della campagna elettorale, in cui erano presenti tutti i leader del centro-destra, Meloni e Salvini inclusi, in cui io mi sono impegnata a lottare per abolire, o almeno modificare drasticamente, le leggi contro la vita e la famiglia votate durante i governi della scorsa legislatura, e ho chiesto l'impegno degli altri politici del centrodestra presenti. I giornalisti hanno subito interpellato i leader, ma nessuno ha aderito a questa proposta. La volontà politica di cambiare la 219/17 non c'è, e non c'è mai stata.

Qualcuno ha definito un eventuale intervento sull'articolo 580 c.p. come un tentativo di riduzione del danno, e non è d'accordo. L'idea di alleggerire le pene per l'aiuto al suicidio allo scopo di evitare che la Corte depenalizzi totalmente la fattispecie appare a qualcuno come un cedimento, una scelta rinunciataria e riduttiva, compiuta nel tentativo di evitare il peggio senza troppi sforzi e senza il coraggio di difendere i principi non negoziabili. Io penso invece che non sia così.

Se in Parlamento si trovasse una soluzione condivisa per adeguare il 580 c.p. alle indicazioni della Corte, evitando che quest'ultima cali la mannaia dell'in-costituzionalità sulla norma, non si tratterebbe di una politica di riduzione del danno, e provo a spiegare perché.

Si pongono, sul tema, due ordini di problemi. Il primo, a cui le forze che si definiscono sovraniste dovrebbero essere particolarmente sensibili, è un problema di sovranità popolare. Chi deve decidere? La Consulta ha dato modo e tempo al Parlamento per decidere: perché una politica che abbia a cuore il rispetto della rappresentanza e della sovranità popolare, dovrebbe rinunciarci e delegare la decisione alla Consulta, per poi magari protestare quando ormai non si può più correggere tale decisione? Non si tratta di un problema procedurale o formale, è una questione di sostanza, perché riguarda il funzionamento dei meccanismi di rappresentanza democratica: è giusto che decida chi è stato votato dagli elettori o che decidano i giudici? In questo caso la frase tante volte pronunciata nei confronti dei magistrati ("prima si facciano eleggere") va rovesciata. Se chi è stato

votato non decide, pur avendone la possibilità, poi siamo costretti a subire in silenzio le scelte che non ci piacciono.

L'altro problema è anch'esso sostanziale: se la Corte si pronuncia, poi non si potrà più tornare indietro. La sentenza della Corte traccia una linea interpretativa decisiva, a cui il Parlamento non può fare altro che adeguarsi. Va ricordato che la Corte non può modulare il suo intervento, ed è proprio per questo motivo che con l'ordinanza ha sollecitato il Parlamento ad agire. Non si tratta quindi di ridurre il danno, ma di evitare che il danno sia permanente e irrimediabile, considerando che se la Consulta non si pronuncia tutto sarà ancora possibile. Eventuali future maggioranze con una visione antropologica più limpida e un atteggiamento più combattivo di quelle attuali, potranno cambiare le leggi votate dal parlamento, ma non le sentenze della Consulta.

Quello che diciamo è chiaro: no a modifiche dell'art. 580 del Codice penale che introducano ipotesi di non punibilità. Se non c'è la volontà politica di cambiare la 219/17, avendo ormai a disposizione solo pochi giorni, dobbiamo agire, diversificando le pene tra aiuto e istigazione al suicidio, per lasciare aperta la porta a future ulteriori modifiche.

Non possiamo arroccarci su posizioni aventiniane, né organizzare proteste inefficaci, dobbiamo fare scelte urgenti, considerando quello che è giusto e possibile fare.

POSTFAZIONE

di don Massimo Angelelli

Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
Conferenza Episcopale Italiana

La ragione ci dice che l'unico criterio oggettivo che non possiamo trascurare di fronte a una persona è se sia "vivente" o "non vivente". Nel momento in cui è "vivente" ogni persona, qualunque sia la sua condizione clinica, va rispettata. Né possiamo accettare che si inserisca il criterio della "qualità della vita" per decidere se una esistenza sia o meno una vita "dignitosa". Neppure si possono creare le condizioni per stabilire chi vuole vivere e chi vuole morire, tanto più che, come ha osservato il Cardinale Bassetti nell'intervista del 13 luglio 2019 ad *Avvenire*, «la famiglia, spesso lasciata sola nel dolore, può allora sentirsi spinta ad arrendersi alla cultura della *morte pietosa*» e «gli stessi malati, quando si sentono *di troppo*, possono finire per invocare questa *soluzione*», esattamente come ha lucidamente previsto Madame Cicely Saunders nell'intervista con cui si apre questa pubblicazione. E così, in nome della sola *autodeterminazione*, le persone, in piena solitudine, sono spinte dalla mentalità dominante nella angusta prigione di una concezione di sé solo funzionale a criteri economico-sociali.

Evidentemente, se una persona molto sofferente non viene sollevata dal dolore attraverso un'ampia diffusione delle cure palliative, se non viene sostenuta da una rete sociale che l'accompagni nel suo percorso, se viene considerata un peso economico, se alla fine la sua famiglia non viene sostenuta da servizi territoriali e domiciliari adeguati, allora questa persona penserà che scegliere di morire sia la soluzione migliore.

Dobbiamo allora avere il coraggio di porre alla *politica* – chiamata a decidere in fretta da una ordinanza della Corte costituzionale – la domanda cui inesorabilmente si perviene, qualora si accetti di spostare il confine della vita "degnà" sulla base di criteri diversi da quello della centralità di ciascuna persona in qualsiasi condizione si trovi: «*Lo Stato intende creare le condizioni perché il diritto costituzionale al benessere sia esercitato oppure le politiche vanno verso un criterio economico per curare la salute delle persone?*».

Ringrazio le tante Associazioni che hanno dato vita al Seminario dell'11 luglio 2019, per aver approfondito questi temi e posto pubblicamente questi interrogativi dirimenti per un Paese, e ciò con una ricchezza che rinvigorisce l'animo

solo scorrendo qualche pagina di questa raccolta degli interventi e delle qualificate relazioni.

Si percepisce esistenzialmente una abbondanza di ragioni e di testimonianza di una possibilità umana, di una antropologia nettamente più “bella” e più interessante del modello individualista che sostiene le pretese eutanasiche e che apre alla Speranza nel supremo momento della morte, il quale, come è stato giustamente notato, è paradigma per alimentare il desiderio di significato in ogni giorno di vita.

L’11 luglio ha davvero incarnato quell’auspicio formulato dal Cardinal Bassetti nell’intervista citata, ove augurava che *«la preoccupazione manifestata da tanti laici, anche di diversa sensibilità, possa contribuire al dibattito pubblico e a far maturare un giudizio preciso. Su temi che riguardano tutti il contributo culturale dei cattolici è non solo doveroso ma anche atteso da una società che cerca punti di riferimento. Ci è chiesto di saper andare oltre la pura testimonianza, per saper dare ragione di quello che sosteniamo»*.

Una ricchezza che aiuterà l’ulteriore passo di “ragioni” e di presenza pubblici che, assieme, stiamo preparando per l’11 settembre.

IV

DOCUMENTI

ORDINANZA CORTE COSTITUZIONALE
N. 207/ 2018

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giorgio LATTANZI; Giudici: Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI,
ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, promosso dalla Corte di assise di Milano, nel procedimento penale a carico di M. C., con ordinanza del 14 febbraio 2018, iscritta al n. 43 del registro ordinanze 2018 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 11, prima serie speciale, dell'anno 2018.

Visti l'atto di costituzione di M. C., nonché gli atti di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri, del Centro Studi "Rosario Livatino", della libera associazione di volontariato "Vita è" e del Movimento per la vita italiano;

udito nella udienza pubblica del 23 ottobre 2018 il Giudice relatore Franco Modugno;

uditi gli avvocati Simone Pillon per la libera associazione di volontariato "Vita è", Mauro Ronco per il Centro Studi "Rosario Livatino", Ciro Intino per il Movimento per la vita italiano, Filomena Gallo e Vittorio Manes per M. C. e l'avvocato dello Stato Gabriella Palmieri per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto

1.– Con ordinanza del 14 febbraio 2018, la Corte d'assise di Milano ha sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale:

a) «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà

fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848;

b) «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 [recte: 12] anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione», per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

Con riguardo alle questioni sub a), il riferimento all'art. 3 (anziché all'art. 2) Cost. che compare nel dispositivo dell'ordinanza di rimessione deve considerarsi frutto di mero errore materiale, alla luce del tenore complessivo della motivazione e delle «[c]onclusioni» che precedono immediatamente il dispositivo stesso.

Secondo quanto riferito dal giudice a quo, le questioni traggono origine dalla vicenda di F. A., il quale, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive.

All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile. Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari. Di fronte ai tentativi della madre e della fidanzata di dissuaderlo dal suo proposito, per dimostrare la propria irremovibile determinazione aveva intrapreso uno "sciopero" della fame e della parola, rifiutando per alcuni giorni di essere alimentato e di parlare.

Di seguito a ciò, aveva preso contatto nel maggio 2016, tramite la propria fidanzata, con organizzazioni svizzere che si occupano dell'assistenza al suicidio: pratica consentita, a certe condizioni, dalla legislazione elvetica.

Nel medesimo periodo, era entrato in contatto con M. C., imputato nel giudizio a quo, il quale gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale.

Di fronte al suo fermo proposito di recarsi in Svizzera per il suicidio assistito, l'imputato aveva accettato di accompagnarlo in automobile presso la struttura prescelta. Inviata a quest'ultima la documentazione attestante le proprie condizioni di salute e la piena capacità di intendere e di volere, F. A. aveva infine ottenuto da essa il "benestare" al suicidio assistito, con fissazione della data. Nei mesi successivi alla relativa comunicazione, egli aveva costantemente ribadito la propria scelta, comunicandola dapprima agli amici e poi pubblicamente (tramite un filmato e un appello al Presidente della Repubblica) e affermando «di viverla come "una liberazione"».

Il 25 febbraio 2017 era stato quindi accompagnato da Milano (ove risiedeva) in Svizzera, a bordo di un'autovettura appositamente predisposta, con alla guida l'imputato e, al seguito, la madre, la fidanzata e la madre di quest'ultima.

In Svizzera, il personale della struttura prescelta aveva nuovamente verificato le sue condizioni di salute, il suo consenso e la sua capacità di assumere in via autonoma il farmaco che gli avrebbe procurato la morte. In quegli ultimi giorni, tanto l'imputato, quanto i familiari avevano continuato a restargli vicini, rappresentandogli che avrebbe potuto desistere dal proposito di togliersi alla vita, nel qual caso sarebbe stato da loro riportato in Italia.

Il suicidio era peraltro avvenuto due giorni dopo (il 27 febbraio 2017): azionando con la bocca uno stantuffo, l'interessato aveva iniettato nelle sue vene il farmaco letale.

Di ritorno dal viaggio, M. C. si era autodenunciato ai carabinieri.

A seguito di ordinanza di "imputazione coatta", adottata ai sensi dell'art. 409 del codice di procedura penale dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano, egli era stato tratto quindi a giudizio davanti alla Corte rimettente per il reato di cui all'art. 580 cod. pen., tanto per aver rafforzato il proposito di suicidio di F. A., quanto per averne agevolato l'esecuzione.

Il giudice a quo esclude, peraltro, la configurabilità della prima ipotesi accusatoria. Alla luce delle prove assunte nel corso dell'istruzione dibattimentale, F. A. avrebbe, infatti, maturato la decisione di rivolgersi all'associazione svizzera prima e indipendentemente dall'intervento dell'imputato.

La Corte rimettente ritiene, invece, che l'accompagnamento in auto di F. A. presso la clinica elvetica integri, in base al "diritto vivente", la fattispecie dell'aiuto al suicidio, in quanto condizione per la realizzazione dell'evento. L'unica sentenza della Corte di cassazione che si è occupata del tema ha, infatti, affermato che le condotte di agevolazione, incriminate dalla norma censurata in via alternativa rispetto a quelle di istigazione, debbono ritenersi perciò stesso punibili a prescindere dalle loro ricadute sul processo deliberativo dell'aspirante suicida

(Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 6 febbraio-12 marzo 1998, n. 3147).

Su questo presupposto, la Corte d'assise milanese dubita, tuttavia, della legittimità costituzionale della norma censurata, anzitutto nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio anche quando esse non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima.

Il giudice a quo rileva come la disposizione denunciata presupponga che il suicidio sia un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo, ritenuti preminenti nella visione del regime fascista.

La disposizione dovrebbe essere, però, riletta alla luce della Costituzione: in particolare, del principio personalistico enunciato dall'art. 2 – che pone l'uomo e non lo Stato al centro della vita sociale – e di quello di inviolabilità della libertà personale, affermato dall'art. 13; principi alla luce dei quali la vita – primo fra tutti i diritti inviolabili dell'uomo – non potrebbe essere «concepita in funzione di un fine eteronomo rispetto al suo titolare». Di qui, dunque, anche la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza.

Il diritto all'autodeterminazione individuale, previsto dall'art. 32 Cost. con riguardo ai trattamenti terapeutici, è stato, d'altronde, ampiamente valorizzato prima dalla giurisprudenza e poi dal legislatore, con la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), che sancisce l'obbligo di rispettare le decisioni del paziente, anche quando ne possa derivare la morte.

La conclusione sarebbe avvalorata, inoltre, dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Essa avrebbe conosciuto una evoluzione, il cui approdo finale sarebbe rappresentato dall'esplicito riconoscimento, sulla base degli artt. 2 e 8 CEDU (che riconoscono e garantiscono, rispettivamente, il diritto alla vita e il diritto al rispetto della vita privata), del diritto di ciascun individuo «di decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà».

A fronte di ciò, il bene giuridico protetto dalla norma denunciata andrebbe oggi identificato, non già nel diritto alla vita, ma nella libertà e consapevolezza della decisione del soggetto passivo di porvi fine, evitando influssi che alterino la sua scelta.

In quest'ottica, la punizione delle condotte di aiuto al suicidio che non abbiano inciso sul percorso deliberativo della vittima risulterebbe ingiustificata e lesiva degli artt. 2, 13, primo comma, e 117 Cost. In tale ipotesi, infatti, la condotta dell'agevolatore rappresenterebbe lo strumento per la realizzazione di quanto

deciso da un soggetto che esercita una libertà costituzionale, risultando quindi inoffensiva.

La Corte d'assise milanese censura, per altro verso, la norma denunciata nella parte in cui punisce le condotte di aiuto al suicidio, non rafforzative del proposito dell'aspirante suicida, con la stessa severa pena – reclusione da cinque a dieci [recte: dodici] anni – prevista per le condotte di istigazione, da ritenere nettamente più gravi.

La disposizione violerebbe, per questo verso, l'art. 3 Cost., unitamente al principio di proporzionalità della pena al disvalore del fatto, desumibile dagli artt. 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

2.– È intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, il quale ha eccepito, in via preliminare, l'inammissibilità delle questioni sotto plurimi profili, deducendone, in ogni caso, l'infondatezza nel merito.

3.– Si è costituito altresì l'imputato nel giudizio a quo, il quale, con memoria integrativa – contestata la fondatezza delle eccezioni di inammissibilità – ha rilevato come, di là dalla generica formulazione del petitum, le questioni debbano ritenersi radicate sul caso di specie: prospettiva nella quale ha chiesto – sulla base di articolate considerazioni – che l'art. 580 cod. pen. sia dichiarato illegittimo «nella parte in cui punisce la condotta di chi abbia agevolato l'esecuzione della volontà, liberamente formatasi, della persona che versi in uno stato di malattia irreversibile che produce gravi sofferenze, sempre che l'agevolazione sia strumentale al suicidio di chi, alternativamente, avrebbe potuto darsi la morte rifiutando i trattamenti sanitari»; ovvero, in subordine, «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione al suicidio che non abbiano inciso sulla formazione del proposito suicidario siano punite allo stesso modo della istigazione al suicidio».

Nella memoria per l'udienza, la parte costituita ha prospettato anche la possibilità di un superamento dei problemi di costituzionalità denunciati a mezzo di una sentenza interpretativa di rigetto.

4.– Con ordinanza pronunciata all'udienza pubblica del 23 ottobre 2018 questa Corte ha dichiarato inammissibili gli interventi ad opponendum del Centro Studi “Rosario Livatino”, della libera associazione di volontariato “Vita è” e del Movimento per la vita italiano.

Considerato in diritto

1.– La Corte d'assise di Milano dubita della legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che prevede il reato di istigazione o aiuto al suicidio, sotto due distinti profili.

Da un lato, pone in discussione il perimetro applicativo della disposizione censurata, lamentando che essa incrimini anche le condotte di aiuto al suicidio che non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima. Dall'altro, contesta il trattamento sanzionatorio riservato a tali condotte, dolendosi del fatto che esse siano punite con la medesima, severa pena prevista per le più gravi condotte di istigazione.

Il giudice a quo non pone alcun rapporto di subordinazione espressa tra le questioni. Esso è, però, in re ipsa. Appare, infatti, evidente che le censure relative alla misura della pena hanno un senso solo in quanto le condotte avute di mira restino penalmente rilevanti: il che presuppone il mancato accoglimento delle questioni intese a ridefinire i confini applicativi della fattispecie criminosa.

2.– Ciò puntualizzato, le eccezioni di inammissibilità formulate dal Presidente del Consiglio dei ministri non sono fondate.

Contrariamente a quanto sostenuto dall'Avvocatura generale dello Stato, la circostanza che il giudice a quo abbia già escluso che, nella specie, il comportamento dell'imputato sia valso a rafforzare il proposito di suicidio della vittima non rende le questioni irrilevanti. Queste ultime poggiano, infatti, sulla premessa ermeneutica che l'agevolazione del suicidio sia repressa anche se non influente sul percorso deliberativo del soggetto passivo e mirano proprio a denunciare l'illegittimità costituzionale di una simile disciplina.

Si tratta, a ben vedere, di una premessa corretta. La soluzione interpretativa di segno inverso risulterebbe, in effetti, in contrasto con la lettera della disposizione, poiché si tradurrebbe in una interpretatio abrogans. Nel momento stesso in cui si ritenesse che la condotta di agevolazione sia punibile solo se generativa o rafforzativa dell'intento suicida, si priverebbe totalmente di significato la previsione – ad opera della norma censurata – dell'ipotesi dell'aiuto al suicidio, come fattispecie alternativa e autonoma («ovvero») rispetto a quella dell'istigazione.

Ciò è sufficiente ad escludere che possa ritenersi fondata l'ulteriore eccezione formulata dall'Avvocatura generale dello Stato, di inammissibilità delle questioni perché finalizzate a conseguire un avallo interpretativo e non precedute dal doveroso tentativo di interpretazione conforme a Costituzione della disposizione denunciata. Come affermato più volte da questa Corte, l'onere di interpretazione conforme viene meno, lasciando il passo all'incidente di costituzionalità, allorché il tenore letterale della disposizione non consenta tale interpretazione (ex plurimis, sentenze n. 268 e n. 83 del 2017, n. 241 e n. 36 del 2016, n. 219 del 2008). In quest'ottica, non influisce, dunque, sull'ammissibilità delle questioni la circostanza che il presupposto ermeneutico su cui esse poggiano risulti recepito, per affermazione della stessa Corte rimettente, in un'unica pronuncia

resa da una sezione semplice della Corte di cassazione (la sola in argomento: Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 6 febbraio-12 marzo 1998, n. 3147); pronuncia che, proprio perché isolata, non sarebbe di per sé idonea a determinare – contrariamente a quanto ritiene il giudice a quo – la formazione di un “diritto vivente” (ex plurimis, sentenze n. 223 del 2013 e n. 258 del 2012, ordinanza n. 139 del 2011).

3.– Ugualmente infondata – in rapporto al *petitum* del giudice a quo – è la conclusiva eccezione dell’Avvocatura generale dello Stato, di inammissibilità delle questioni per avere la Corte rimettente richiesto una pronuncia manipolativa in materia rimessa alla discrezionalità del legislatore – come quella dell’individuazione dei fatti da sottoporre a pena – in assenza di una soluzione costituzionalmente obbligata.

Al riguardo, va osservato che il giudice a quo chiede, in via principale, a questa Corte di rendere penalmente irrilevante l’agevolazione dell’altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione della vittima, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e alle ragioni del suo gesto: il che equivarrebbe, nella sostanza, a rimuovere la fattispecie criminosa dell’aiuto al suicidio, facendola ricadere integralmente in quella dell’istigazione. Di là dalla formulazione letterale del *petitum*, la Corte d’assise milanese invoca, dunque, una pronuncia a carattere meramente ablativo: pronuncia che, nella prospettiva della rimettente, rappresenterebbe una conseguenza automatica della linea argomentativa posta a base delle censure, senza implicare alcun intervento “creativo”. Ad avviso del giudice a quo, infatti, gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in riferimento agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, attribuirebbero a ciascuna persona la libertà di scegliere quando e come porre fine alla propria vita: ottica nella quale l’aiuto al suicidio prestato in favore di chi si sia autonomamente determinato nell’esercizio di tale libertà costituzionale si tradurrebbe, in ogni caso, in una condotta inoffensiva.

4.– Nel merito, la tesi della Corte rimettente, nella sua assolutezza, non può essere condivisa.

Analogamente a quanto avviene nelle altre legislazioni contemporanee, anche il nostro ordinamento non punisce il suicidio, neppure quando sarebbe materialmente possibile, ossia nel caso di tentato suicidio. Punisce, però, severamente (con la reclusione da cinque a dodici anni) chi concorre nel suicidio altrui, tanto nella forma del concorso morale, vale a dire determinando o rafforzando in altri il proposito suicida, quanto nella forma del concorso materiale, ossia

agevolandone «in qualsiasi modo» l'esecuzione. Ciò, sempre che il suicidio abbia luogo o che, quantomeno, dal tentato suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima (nel qual caso è prevista una pena minore).

Il legislatore penale intende dunque, nella sostanza, proteggere il soggetto da decisioni in suo danno: non ritenendo, tuttavia, di poter colpire direttamente l'interessato, gli crea intorno una "cintura protettiva", inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui.

Questo assetto non può ritenersi contrastante, di per sé, con i parametri evocati.

5.– Non è pertinente, anzitutto, il riferimento del rimettente al diritto alla vita, riconosciuto implicitamente – come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri – dall'art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU.

Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire.

Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty* contro Regno Unito).

6.– Neppure, d'altro canto – contrariamente a quanto sostenuto dal giudice a quo – è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita, che il rimettente fa discendere dagli artt. 2 e 13, primo comma, Cost.

In senso contrario, va infatti rilevato come non possa dubitarsi che l'art. 580 cod. pen. – anche nella parte in cui sottopone a pena la cooperazione materiale al suicidio – sia funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento.

È ben vero quanto rileva il giudice a quo, e cioè che il legislatore del 1930, mediante la norma incriminatrice in esame (peraltro già presente nel previgente codice penale del 1889: art. 370), intendeva tutelare la vita umana intesa come bene indisponibile, anche in funzione dell'interesse che la collettività riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini. Ma è anche vero che non è affatto arduo cogliere, oggi, la ratio di tutela di una norma quale l'art. 580 cod. pen. alla luce del mutato quadro costituzionale, che guarda alla persona umana

come a un valore in sé, e non come a un semplice mezzo per il soddisfacimento di interessi collettivi.

L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere.

La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una relatio ad alteros di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita.

Il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.).

7.– Le medesime considerazioni ora svolte valgono, altresì, ad escludere che la norma censurata si ponga, sempre e comunque sia, in contrasto con l'art. 8 CEDU, il quale sancisce il diritto di ciascun individuo al rispetto della propria vita privata.

Nel menzionato caso *Pretty contro Regno Unito*, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha, in effetti, dichiarato che il divieto, penalmente sanzionato, di assistere altri nel suicidio costituisce un'interferenza con il diritto in questione:

diritto che comporta in linea di principio – e salvo il suo necessario bilanciamento con interessi e diritti contrapposti, di cui si dirà poco oltre – il riconoscimento all'individuo di una sfera di autonomia nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona. Tale affermazione è stata ulteriormente esplicitata dalla Corte in plurime occasioni successive, nelle quali i giudici di Strasburgo hanno affermato – ancora in riferimento a casi in cui i ricorrenti si dolevano di altrettanti ostacoli frapposti dallo Stato resistente al proprio diritto di ottenere un aiuto a morire a traverso la somministrazione di farmaci letali – che il diritto di ciascuno di decidere come e in quale momento debba avere fine la propria vita, sempre che si tratti di persona capace di prendere una decisione libera e di agire in conformità a tale decisione, è uno degli aspetti del diritto alla vita privata riconosciuto dall'art. 8 CEDU (Corte EDU, sentenza 20 gennaio 2011, Haas contro Svizzera; nello stesso senso, sentenza 19 luglio 2012, Koch contro Germania, e sentenza 14 maggio 2013, Gross contro Svizzera).

In forza del paragrafo 2 dello stesso art. 8, una interferenza della pubblica autorità nell'esercizio di tale diritto è possibile solo se prevista dalla legge e necessaria, «in una società democratica», per gli scopi ivi indicati, tra i quali rientra «la protezione dei diritti e delle libertà altrui». Per consolidata giurisprudenza della Corte di Strasburgo, il concetto di necessità implica, altresì, che l'interferenza debba risultare proporzionata al legittimo scopo perseguito.

A questo riguardo, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha, peraltro, riconosciuto agli Stati un ampio margine di apprezzamento, sottolineando a più riprese come incriminazioni generali dell'aiuto al suicidio siano presenti nella gran parte delle legislazioni degli Stati membri del Consiglio d'Europa (Corte EDU, sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito; sentenza 20 gennaio 2011, Haas contro Svizzera; sentenza 19 luglio 2012, Koch contro Germania). E la ragione atta a giustificare, agli effetti dell'art. 8, paragrafo 2, CEDU, simili incriminazioni è stata colta proprio nella finalità – ascrivibile anche alla norma qui sottoposta a scrutinio – di protezione delle persone deboli e vulnerabili (Corte EDU, sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito).

8.– Da quanto sinora osservato deriva, dunque, che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione.

Occorre, tuttavia, considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio a quo: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti

in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali.

Il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. Parametro, questo, non evocato nel dispositivo nell'ordinanza di rimessione, ma più volte richiamato in motivazione.

Paradigmatica, al riguardo, la vicenda oggetto del giudizio principale, relativa a persona che, a seguito di grave incidente stradale, era rimasta priva della vista e tetraplegica, non più autonoma nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur periodico, di un respiratore inserito in un foro della trachea), nell'alimentazione (essendo nutrita in via intraparietale) e nell'evacuazione: conservando, però, intatte le capacità intellettive e la sensibilità al dolore. Alle sofferenze psicologiche indotte dalla drammatica condizione di cecità e di totale immobilità si accompagnavano così quelle fisiche, particolarmente acute, prodotte dagli spasmi e dalle contrazioni da cui il soggetto era quotidianamente percorso. Condizione, questa, risultata refrattaria a ogni tentativo di cura, anche sperimentale ed effettuata persino fuori dai confini nazionali.

In simili casi, la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, segnatamente in forza della recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento): legge che si autodichiara finalizzata alla tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost. e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 1, comma 1).

La disciplina da essa recata, successiva ai fatti oggetto del giudizio principale, recepisce e sviluppa, nella sostanza, le conclusioni alle quali era già pervenuta all'epoca la giurisprudenza ordinaria – in particolare a seguito delle sentenze sui casi Welby (Tribunale ordinario di Roma, 17 ottobre 2007, n. 2049) ed Englaro

(Corte di cassazione, sezione prima civile, 16 ottobre 2007, n. 21748) – nonché le indicazioni di questa Corte riguardo al valore costituzionale del principio del consenso informato del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico: principio qualificabile come «vero e proprio diritto della persona», che «trova fondamento nei principi espressi nell’art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”» (sentenza n. 438 del 2008), svolgendo, in pratica, una «funzione di sintesi» tra il diritto all’autodeterminazione e quello alla salute (sentenza n. 253 del 2009).

In quest’ottica, la citata legge n. 219 del 2017 riconosce ad ogni persona «capace di agire» il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale (art. 1, comma 5). L’esercizio di tale diritto viene, peraltro, inquadrato nel contesto della «relazione di cura e di fiducia» – la cosiddetta alleanza terapeutica – tra paziente e medico, che la legge mira a promuovere e valorizzare: relazione «che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico», e che coinvolge, «se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell’unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo» (art. 1, comma 2). È in particolare previsto che, ove il paziente manifesti l’intento di rifiutare o interrompere trattamenti necessari alla propria sopravvivenza, il medico debba prospettare a lui e, se vi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative, e promuovere «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Ciò, ferma restando la possibilità per il paziente di modificare in qualsiasi momento la propria volontà (art. 1, comma 5).

In ogni caso, il medico «è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», rimanendo, «in conseguenza di ciò, [...] esente da responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6).

Integrando le previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza – la legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa

essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (art. 2, comma 1). Lo stesso art. 2 stabilisce inoltre, al comma 2, che il medico possa, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari. Tale disposizione non può non riferirsi anche alle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale, quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali: scelta che innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte.

9.– La legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte.

In tal modo, si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care.

Secondo quanto ampiamente dedotto dalla parte costituita, nel caso oggetto del giudizio a quo l'interessato richiese l'assistenza al suicidio, scartando la soluzione dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione profonda (soluzione che pure gli era stata prospettata), proprio perché quest'ultima non gli avrebbe assicurato una morte rapida. Non essendo egli, infatti, totalmente dipendente dal respiratore artificiale, la morte sarebbe sopravvenuta solo dopo un periodo di apprezzabile durata, quantificabile in alcuni giorni: modalità di porre fine alla propria esistenza che egli reputava non dignitosa e che i propri cari avrebbero dovuto condividere sul piano emotivo.

Nelle ipotesi in esame vengono messe in discussione, d'altronde, le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio.

Se, infatti, il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di

morte dignitosa – conseguente all’anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale.

Quanto, poi, all’esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze sono solitamente ascrivibili a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall’ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l’interruzione di tale trattamento, non si vede perché il medesimo soggetto debba essere ritenuto viceversa bisognoso di una ferrea e indiscriminata protezione contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l’aiuto di altri, quale alternativa reputata maggiormente dignitosa alla predetta interruzione.

Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un’unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.: parametro, quest’ultimo, peraltro non evocato dal giudice a quo in rapporto alla questione principale, ma comunque sia rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana).

10.– Al riscontrato vulnus ai principi sopra indicati, questa Corte ritiene, peraltro, di non poter porre rimedio, almeno allo stato, a traverso la mera estromissione dall’ambito applicativo della disposizione penale delle ipotesi in cui l’aiuto venga prestato nei confronti di soggetti che versino nelle condizioni appena descritte.

Una simile soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi.

In assenza di una specifica disciplina della materia, più in particolare, qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo ex ante sull’effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del

carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti.

Di tali possibili conseguenze della propria decisione questa Corte non può non farsi carico, anche allorché sia chiamata, come nel presente caso, a vagliare la incompatibilità con la Costituzione esclusivamente di una disposizione di carattere penale.

Una regolazione della materia, intesa ad evitare simili scenari, gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità, è suscettibile peraltro di investire plurimi profili, ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali: come, ad esempio, le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo "processo medicalizzato", l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura.

D'altra parte, una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale, ma anche a traverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima.

Peraltro, l'eventuale collegamento della non punibilità al rispetto di una determinata procedura potrebbe far sorgere l'esigenza di introdurre una disciplina ad hoc per le vicende pregresse (come quella oggetto del giudizio a quo), che di tale non punibilità non potrebbero altrimenti beneficiare: anche qui con una varietà di soluzioni possibili.

Dovrebbe essere valutata, infine, l'esigenza di adottare opportune cautele affinché – anche nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di

vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente.

I delicati bilanciamenti ora indicati restano affidati, in linea di principio, al Parlamento, il compito naturale di questa Corte essendo quello di verificare la compatibilità di scelte già compiute dal legislatore, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, con i limiti dettati dalle esigenze di rispetto dei principi costituzionali e dei diritti fondamentali delle persone coinvolti.

11.– In situazioni analoghe a quella in esame, questa Corte ha, sino ad oggi, dichiarato l'inammissibilità della questione sollevata, accompagnando la pronuncia con un monito al legislatore affinché provvedesse all'adozione della disciplina necessaria al fine di rimuovere il vulnus costituzionale riscontrato: pronuncia alla quale, nel caso in cui il monito fosse rimasto senza riscontro, ha fatto seguito, di norma, una declaratoria di illegittimità costituzionale (ad esempio: sentenza n. 23 del 2013 e successiva sentenza n. 45 del 2015).

Questa tecnica decisoria ha, tuttavia, l'effetto di lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione. La eventuale dichiarazione di incostituzionalità conseguente all'accertamento dell'inerzia legislativa presuppone, infatti, che venga sollevata una nuova questione di legittimità costituzionale, la quale può, peraltro, sopravvenire anche a notevole distanza di tempo dalla pronuncia della prima sentenza di inammissibilità, mentre nelle more la disciplina in discussione continua ad operare.

Un simile effetto non può considerarsi consentito nel caso in esame, per le sue peculiari caratteristiche e per la rilevanza dei valori da esso coinvolti.

Onde evitare che la norma possa trovare, in parte qua, applicazione medio tempore, lasciando però, pur sempre, al Parlamento la possibilità di assumere le necessarie decisioni rimesse in linea di principio alla sua discrezionalità – ferma restando l'esigenza di assicurare la tutela del malato nei limiti indicati dalla presente pronuncia – la Corte ritiene, dunque, di dover provvedere in diverso modo, facendo leva sui propri poteri di gestione del processo costituzionale: ossia di disporre il rinvio del giudizio in corso, fissando una nuova discussione delle questioni di legittimità costituzionale all'udienza del 24 settembre 2019, in esito alla quale potrà essere valutata l'eventuale sopravvenienza di una legge che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela. Rimarrà nel frattempo sospeso anche il giudizio a quo. Negli altri giudizi, spetterà ai giudici valutare se, alla luce di quanto indicato nella presente pronuncia, analoghe que-

stioni di legittimità costituzionale della disposizione in esame debbano essere considerate rilevanti e non manifestamente infondate, così da evitare l'applicazione della disposizione stessa in parte qua.

La soluzione ora adottata si fa carico, in definitiva, di preoccupazioni analoghe a quelle che hanno ispirato la Corte Suprema canadese, allorché ha dichiarato, nel 2015, l'illegittimità costituzionale di una disposizione penale analoga a quella ora sottoposta allo scrutinio, nella parte in cui tale disposizione proibiva l'assistenza medica al suicidio di una persona adulta capace che abbia chiaramente consentito a por fine alla propria vita, e che soffra di una patologia grave e incurabile che provoca sofferenze persistenti e intollerabili. In quell'occasione, i supremi giudici canadesi stabilirono di sospendere per dodici mesi l'efficacia della decisione stessa, proprio per dare l'opportunità al parlamento di elaborare una complessiva legislazione in materia, evitando la situazione di vuoto legislativo che si sarebbe creata in conseguenza della decisione (Corte Suprema del Canada, sentenza 6 febbraio 2015, *Carter contro Canada*, 2015, CSC 5).

Lo spirito della presente decisione è, d'altra parte, simile a quello della recente sentenza della Corte Suprema inglese in materia di assistenza al suicidio, in cui la maggioranza dei giudici ritenne «istituzionalmente inappropriato per una corte, in questo momento, dichiarare che [la disposizione allora oggetto di scrutinio] è incompatibile con l'art. 8 [CEDU]», senza dare al Parlamento l'opportunità di considerare il problema (Corte Suprema del Regno Unito, sentenza 25 giugno 2014, *Nicklinson e altri*, [2014] UKSC 38). Sottolinearono in quell'occasione i supremi giudici inglesi che una anche solo parziale legalizzazione dell'assistenza al suicidio medicalmente assistito rappresenta una questione difficile, controversa ed eticamente sensibile, che richiede un approccio prudente delle corti; e aggiunsero che una simile questione reclama una valutazione approfondita da parte del legislatore, che ha la possibilità di intervenire – in esito a un iter procedurale nel quale possono essere coinvolti una pluralità di esperti e di portatori di interessi contrapposti – dettando una nuova complessiva regolamentazione della materia di carattere non penale, comprensiva di uno schema procedurale che consenta una corretta applicazione ai casi concreti delle regole così stabilite. Il tutto in un contesto espressamente definito «collaborativo» e «dialogico» fra Corte e Parlamento.

Va dunque conclusivamente rilevato che, laddove, come nella specie, la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale

– consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, così da evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch’essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale.

Per Questi Motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

rinvia all’udienza pubblica del 24 settembre 2019 la trattazione delle questioni di legittimità costituzionale sollevate con l’ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 24 ottobre 2018.

F.to:

Giorgio LATTANZI, Presidente

Franco MODUGNO, Redattore

Filomena PERRONE, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 16 novembre 2018.

Il Cancelliere

F.to: Filomena PERRONE

Allegato:

Ordinanza Letta all’Udienza del 23 Ottobre 2018

ORDINANZA

Rilevato che, nel giudizio di legittimità costituzionale promosso dalla Corte d’assise di Milano con ordinanza del 14 febbraio 2018 (r.o. n. 43 del 2018), hanno depositato atto di intervento il Centro Studi “Rosario Livatino”, la libera associazione di volontariato “Vita è” e il Movimento per la vita italiano, in persona dei rispettivi legali rappresentati pro tempore;

che, la libera associazione di volontariato “Vita è” ha, altresì, depositato memoria in data 26 settembre 2018.

Considerato che le associazioni sopra indicate non rivestono la qualità di parti del giudizio principale;

che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte (tra le tante, le ordinanze allegare alle sentenze n. 16 del 2017, n. 237 e n. 134 del 2013), la partecipazione al giudizio di legittimità costituzionale è circoscritta, di norma, alle parti del giudizio a quo, oltre che al Presidente del Consiglio dei ministri e, nel caso di legge regionale, al Presidente della Giunta regionale (artt. 3 e 4 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale);

che a tale disciplina è possibile derogare – senza venire in contrasto con il carattere incidentale del giudizio di costituzionalità – soltanto a favore di soggetti terzi che siano titolari di un interesse qualificato, immediatamente inerente al rapporto sostanziale dedotto in giudizio e non semplicemente regolato, al pari di ogni altro, dalla norma o dalle norme oggetto di censura (ex plurimis, ordinanze allegare alle sentenze n. 29 del 2017, n. 286 e n. 243 del 2016);

che il presente giudizio – che ha ad oggetto l'art. 580 del codice penale, nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio «a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», nonché nella parte in cui punisce tali condotte con la medesima pena prevista per l'istigazione al suicidio – non sarebbe destinato a produrre, nei confronti delle associazioni intervenienti, effetti immediati, neppure indiretti;

che, pertanto, esse non sono legittimate a partecipare al giudizio dinanzi a questa Corte.

Per Questi Motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara inammissibili gli interventi del Centro Studi “Rosario Livatino”, della libera associazione di volontariato “Vita è” e del Movimento per la vita italiano.

F.to: Giorgio Lattanzi, Presidente.

ART. 580 DEL CODICE PENALE

Istigazione o aiuto al suicidio.

Chiunque determina altrui al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Non-dimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

EVANGELIUM VITAE

Lettera Enciclica di Papa Giovanni Paolo II

25 marzo 1995

3. [...] Già il **Concilio Vaticano II**, in una pagina di *drammatica* attualità, ha deplorato con forza molteplici delitti e attentati contro la vita umana. A trent'anni di distanza, facendo mie le parole dell'assise conciliare, ancora una volta e con identica forza li deploro a nome della Chiesa intera, con la certezza di interpretare il sentimento autentico di ogni coscienza retta: *«Tutto ciò che è contro la vita stessa, come ogni specie di omicidio, il genocidio, l'aborto, l'eutanasia e lo stesso suicidio volontario; tutto ciò che viola l'integrità della persona umana, come le mutilazioni, le torture inflitte al corpo e alla mente, gli sforzi per violentare l'intimo dello spirito; tutto ciò che offende la dignità umana, come le condizioni infraumane di vita, le incarcerazioni arbitrarie, le deportazioni, la schiavitù, la prostituzione, il mercato delle donne e dei giovani, o ancora le ignominiose condizioni di lavoro con le quali i lavoratori sono trattati come semplici strumenti di guadagno, e non come persone libere e responsabili; tutte queste cose, e altre simili, sono certamente vergognose e, mentre guastano la civiltà umana, inquinano coloro che così si comportano ancor più che non quelli che le subiscono; e ledono grandemente l'onore del Creatore»* [Cost. past. sulla Chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et spes*, 27].

4. Purtroppo, questo inquietante panorama, lungi dal restringersi, si va piuttosto dilatando: con le nuove prospettive aperte dal progresso scientifico e tecnologico nascono nuove forme di attentati alla dignità dell'essere umano, mentre si delinea e consolida una nuova situazione culturale, che dà ai delitti contro la vita un *aspetto inedito e – se possibile – ancora più iniquo* suscitando ulteriori gravi preoccupazioni: **larghi strati dell'opinione pubblica giustificano alcuni delitti contro la vita in nome dei diritti della libertà individuale e, su tale presupposto, ne pretendono non solo l'impunità, ma persino l'autorizzazione da parte dello Stato, al fine di praticarli in assoluta libertà ed anzi con l'intervento gratuito delle strutture sanitarie.**

Ora, tutto questo **provoca un cambiamento profondo nel modo di considerare la vita e le relazioni tra gli uomini.** Il fatto che le legislazioni di molti Paesi, magari allontanandosi dagli stessi principi basilari delle loro Costituzioni, abbiano acconsentito a non punire o addirittura a riconoscere la piena legitti-

mità di tali pratiche contro la vita è insieme sintomo preoccupante e causa non marginale di un grave crollo morale: scelte un tempo unanimemente considerate come delittuose e rifiutate dal comune senso morale, diventano a poco a poco socialmente rispettabili. La stessa medicina, che per sua vocazione è ordinata alla difesa e alla cura della vita umana, in alcuni suoi settori si presta sempre più largamente a realizzare questi atti contro la persona e in tal modo deforma il suo volto, contraddice sé stessa e avvilisce la dignità di quanti la esercitano. In un simile contesto culturale e legale, anche i gravi problemi demografici, sociali o familiari, che pesano su numerosi popoli del mondo ed esigono un'attenzione responsabile ed operosa delle comunità nazionali e di quelle internazionali, si trovano esposti a soluzioni false e illusorie, **in contrasto con la verità e il bene delle persone e delle Nazioni.**

L'esito al quale si perviene è drammatico: se è quanto mai grave e inquietante il fenomeno **dell'eliminazione di tante vite umane nascenti o sulla via del tramonto**, non meno grave e inquietante è il fatto che **la stessa coscienza, quasi ottenebrata da così vasti condizionamenti, fatica sempre più a percepire la distinzione tra il bene e il male in ciò che tocca lo stesso fondamentale valore della vita umana.** [...]

18. [...] Le scelte contro la vita nascono, talvolta, da **situazioni difficili o addirittura drammatiche** di profonda sofferenza, di solitudine, di totale mancanza di prospettive economiche, di depressione e di angoscia per il futuro. **Tali circostanze possono attenuare anche notevolmente la responsabilità soggettiva e la conseguente colpevolezza di quanti compiono queste scelte in sé criminose.** Tuttavia, **oggi il problema va ben al di là del pur doveroso riconoscimento di queste situazioni personali.** Esso si pone anche sul piano culturale, sociale e politico, dove presenta il suo aspetto più sovversivo e conturbante nella tendenza, sempre più largamente condivisa, a interpretare i menzionati delitti contro la vita come *legittime espressioni della libertà individuale, da riconoscere e proteggere come veri e propri diritti.*

In questo modo giunge ad una svolta dalle tragiche conseguenze un lungo processo storico, che dopo aver scoperto l'idea dei «diritti umani» — come diritti inerenti a ogni persona e precedenti ogni Costituzione e legislazione degli Stati — incorre oggi in una *sorprendente contraddizione*: **proprio in un'epoca in cui si proclamano solennemente i diritti inviolabili della persona e si afferma pubblicamente il valore della vita, lo stesso diritto alla vita viene praticamente negato e conculcato, in particolare nei momenti più emblematici dell'esistenza, quali sono il nascere e il morire.**

Da un lato, le varie dichiarazioni dei diritti dell'uomo e le molteplici iniziative che ad esse si ispirano dicono l'affermarsi a livello mondiale di una sensibilità morale più attenta a riconoscere il valore e la dignità di ogni essere umano in quanto tale, senza alcuna distinzione di razza, nazionalità, religione, opinione politica, ceto sociale.

Dall'altro lato, a queste nobili proclamazioni si contrappone purtroppo, nei fatti, una loro tragica negazione. Questa è ancora più sconcertante, anzi più scandalosa, proprio perché si realizza in una società che fa dell'affermazione e della tutela dei diritti umani il suo obiettivo principale e insieme il suo vanto. Come mettere d'accordo queste ripetute affermazioni di principio con il continuo moltiplicarsi e la diffusa legittimazione degli attentati alla vita umana? **Come conciliare queste dichiarazioni col rifiuto del più debole, del più bisognoso, dell'anziano, dell'appena concepito?** Questi attentati vanno in direzione esattamente contraria al rispetto della vita e rappresentano una *minaccia frontale a tutta la cultura dei diritti dell'uomo*. [...]

65. Per un corretto giudizio morale **sull'eutanasia**, occorre innanzitutto chiaramente definirla. Per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati» [Congregazione per la Dottrina della Fede, Dich. sull'eutanasia *Iura et bona* (5 maggio 1980), II: AAS 72 (1980), 546]

Da essa va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto «accanimento terapeutico», ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza «rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi» [ibid., IV, l. c., 551]. Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. **La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte** [cfr. ibid.].

Nella medicina moderna vanno acquistando rilievo particolare le cosiddette «*cure palliative*», destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase

finale della malattia e ad assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento umano. [...]

Fatte queste distinzioni, in conformità con il Magistero dei miei Predecessori e in comunione con i Vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale [cfr. Conc. Ecum. Vat. II, Cost. dogm. sulla Chiesa *Lumen gentium*, 25].

66. [...] **Condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto «suicidio assistito» significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta.** «Non è mai lecito — scrive con sorprendente attualità sant'Agostino — uccidere un altro: anche se lui lo volesse, anzi se lo chiedesse perché, sospeso tra la vita e la morte, supplica di essere aiutato a liberare l'anima che lotta contro i legami del corpo e desidera distaccarsene; non è lecito neppure quando il malato non fosse più in grado di vivere». Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una *falsa pietà*, anzi una preoccupante «perversione» di essa: **la vera «compassione», infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza.** E tanto più perverso appare il gesto dell'eutanasia se viene compiuto da coloro che — come i parenti — dovrebbero assistere con pazienza e con amore il loro congiunto o da quanti — come i medici —, per la loro specifica professione, dovrebbero curare il malato anche nelle condizioni terminali più penose. [...]

68. **Una delle caratteristiche proprie degli attuali attentati alla vita umana — come si è già detto più volte — consiste nella tendenza ad esigere una loro legittimazione giuridica, quasi fossero diritti che lo Stato, almeno a certe condizioni, deve riconoscere ai cittadini e, conseguentemente, nella tendenza a pretendere la loro attuazione con l'assistenza sicura e gratuita dei medici e degli operatori sanitari. [...]**

71. Urge dunque, per l'avvenire della società e lo sviluppo di una sana democrazia, riscoprire l'esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, **che scaturiscono dalla verità stessa dell'essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona:** valori, pertanto, che nessun individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere.

Occorre riprendere, in tal senso, gli *elementi fondamentali della visione dei rapporti tra legge civile e legge morale*, quali sono proposti dalla Chiesa, ma che pure fanno parte del patrimonio delle grandi tradizioni giuridiche dell'umanità.

Certamente, *il compito della legge civile* è diverso e di ambito più limitato rispetto a quello della legge morale. **Però «in nessun ambito di vita la legge civile può sostituirsi alla coscienza né può dettare norme su ciò che esula dalla sua competenza»** [Congregazione per la Dottrina della Fede, Istr. circa il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione *Donum vitae* (22 febbraio 1987), III: AAS 80 (1988), 98] [...].

73. L'aborto e l'eutanasia sono dunque crimini che nessuna legge umana può pretendere di legittimare. Leggi di questo tipo non solo non creano nessun obbligo per la coscienza, ma sollevano piuttosto un *grave e preciso obbligo di opporsi ad esse mediante obiezione di coscienza*. Fin dalle origini della Chiesa, la predicazione apostolica ha inculcato ai cristiani il dovere di obbedire alle autorità pubbliche legittimamente costituite (cfr. *Rm* 13, 1-7; *1 Pt* 2, 13-14), ma nello stesso tempo ha ammonito fermamente che «bisogna obbedire a Dio piuttosto che agli uomini» (*At* 5, 29). Già nell'Antico Testamento, proprio in riferimento alle minacce contro la vita, troviamo un esempio significativo di resistenza al comando ingiusto dell'autorità. Al faraone, che aveva ordinato di far morire ogni neonato maschio, le levatrici degli Ebrei si opposero. Esse «non fecero come aveva loro ordinato il re di Egitto e lasciarono vivere i bambini» (*Es* 1, 17). **Ma occorre notare il motivo profondo di questo loro comportamento: «Le levatrici temettero Dio»** (*ivi*). È proprio dall'obbedienza a Dio — al quale solo si deve quel timore che è riconoscimento della sua assoluta sovranità — che nascono la forza e il coraggio di resistere alle leggi ingiuste degli uomini. È la forza e il coraggio di chi è disposto anche ad andare in prigione o ad essere ucciso di spada, nella certezza che «in questo sta la costanza e la fede dei santi» (*Ap* 13, 10).

Nel caso quindi di una legge intrinsecamente ingiusta, come è quella che ammette l'aborto o l'eutanasia, non è mai lecito conformarsi ad essa, **«né partecipare ad una campagna di opinione in favore di una legge siffatta, né dare ad essa il suffragio del proprio voto»** [Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'aborto procurato* (18 novembre 1974), 22: AAS 66 (1974), 744].

Un particolare problema di coscienza potrebbe porsi in quei casi in cui un voto parlamentare risultasse determinante per favorire una legge più restrittiva, volta cioè a restringere il numero degli aborti autorizzati, in alternativa ad una legge più permissiva già in vigore o messa al voto. Simili casi non sono rari. Si registra infatti il dato che mentre in alcune parti del mondo continuano le campagne per l'introduzione di leggi a favore dell'aborto, sostenute non poche volte

da potenti organismi internazionali, in altre Nazioni invece – in particolare in quelle che hanno già fatto l'amara esperienza di simili legislazioni permissive – si vanno manifestando segni di ripensamento. Nel caso ipotizzato, quando non fosse possibile scongiurare o abrogare completamente una legge abortista, un parlamentare, la cui personale assoluta opposizione all'aborto fosse chiara e a tutti nota, potrebbe lecitamente offrire il proprio sostegno a proposte mirate a *limitare i danni* di una tale legge e a diminuirne gli effetti negativi sul piano della cultura e della moralità pubblica. Così facendo, infatti, non si attua una collaborazione illecita a una legge ingiusta; piuttosto si compie un legittimo e doveroso tentativo di limitarne gli aspetti iniqui. [...]

74 [...] Rifiutarsi di partecipare a commettere un'ingiustizia è non solo un dovere morale, ma è anche un diritto umano basilare. Se così non fosse, la persona umana sarebbe costretta a compiere un'azione intrinsecamente incompatibile con la sua dignità e in tal modo la sua stessa libertà, il cui senso e fine autentici risiedono nell'orientamento al vero e al bene, ne sarebbe radicalmente compromessa. Si tratta, dunque, di un diritto essenziale che, proprio perché tale, dovrebbe essere previsto e protetto dalla stessa legge civile. In tal senso, la possibilità di rifiutarsi di partecipare alla fase consultiva, preparatoria ed esecutiva di simili atti contro la vita dovrebbe essere assicurata ai medici, agli operatori sanitari e ai responsabili delle istituzioni ospedaliere, delle cliniche e delle case di cura. **Chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale.**

«MAI EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO» INTERVISTA AL CARD. GUALTIERO BASSETTI

di Francesco Ognibene

da Avvenire, 13 luglio 2019

Il presidente della Cei: priorità a sostegni vitali e cure palliative. La legge in Parlamento? Forse si potrebbero differenziare (non depenalizzare) le sanzioni per la morte medicalmente procurata.

Un fermo no alle ipotesi di “morte medicalmente assistita”, l’accurato appello alla politica perché lavori piuttosto sull’estensione dell’accesso alle cure palliative, vera risposta alla sofferenza estrema, e il sostegno all’ipotesi di limitata riforma dell’articolo 580 del Codice penale attenuando parzialmente e sotto stringenti condizioni la sanzione dell’aiuto al suicidio oggi prevista, ma senza cancellarla. È una riflessione insieme umana, evangelica, culturale e giuridica quella che il cardinale Gualtiero Bassetti offre in questa intervista concessa subito dopo la consumazione della tragedia di Vincent Lambert e mentre il Parlamento cerca una soluzione alla richiesta della Corte Costituzionale per un nuovo e mirato intervento sul percorso di fine vita entro gli ormai risicati tempi previsti dagli stessi giudici.

Il drammatico epilogo della vicenda di Vincent Lambert ha scosso l’opinione pubblica. Eminenza, lei cos’ha pensato? Non posso che far mie le parole della Conferenza episcopale francese: attraverso la strumentalizzazione delle lacerazioni di una famiglia, si è nutrita la confusione, spacciando la vicenda di Lambert come quella di una persona in fin di vita. Non lo era, come del resto molte altre persone dette in stato vegetativo o anche di minima coscienza. Idratazione e nutrizione assistite non possono essere considerate trattamenti sanitari, ma sostegni vitali, cioè una forma di accudimento.

Nelle stesse ore sei associazioni cattoliche si sono espresse contro l’eutanasia e la sua introduzione nell’ordinamento italiano, mentre una rete di sigle del laicato ha aderito convintamente a un seminario contro il “diritto di morire”. Come valuta questa mobilitazione?

La preoccupazione manifestata da tanti laici, anche di diversa sensibilità, mi auguro che possa contribuire al dibattito pubblico e a far maturare un giudizio preciso. Su temi che riguardano tutti il contributo culturale dei cattolici è non

solo doveroso ma anche atteso da una società che cerca punti di riferimento. Ci è chiesto di saper andare oltre la pura testimonianza, per saper dare ragione di quello che sosteniamo.

Alla Camera si stanno discutendo alcuni disegni di legge e ipotesi di apertura a forme di “morte medicalmente assistita”, come la si definisce. Che idea si è fatto?

Sono allarmato per quel che potrebbe significare per noi tutti accettare che si possa legittimamente aiutare qualcuno a morire. Provo un profondo turbamento di fronte alla possibilità che anche nel nostro Paese si aprano le porte all’aiuto al suicidio, tramite una legge o attraverso le sentenze di tribunali ordinari o della Corte Costituzionale. Sulla questione pende, come noto, una decisione della Consulta che si riunirà il 24 settembre, a meno che il Parlamento non si pronunci al riguardo, ad esempio intervenendo sull’articolo 580 del Codice penale soltanto per differenziare e attenuare – non depenalizzare! – in alcuni casi la previsione sanzionatoria all’aiuto al suicidio.

Come si spiega che una parte dell’opinione pubblica sia arrivata a considerare l’aiuto al suicidio come possibile risposta alla sofferenza?

La nostra società, come non è più organizzata per accogliere e accudire i figli, non sembra culturalmente strutturata nemmeno per assistere i malati, soprattutto quelli cronici, rispetto ai quali si rischia di considerare come spreco l’investimento di tempo e denaro. La famiglia, spesso lasciata sola nel dolore, può allora sentirsi spinta ad arrendersi alla cultura della “morte pietosa”. Gli stessi malati, quando si sentono “di troppo”, possono finire per invocare questa “soluzione”. Dove prevale un disegno individualistico, tutti siamo spinti a “girarci dall’altra parte” o a chiuderci in un cinismo “economicista” che, in determinate condizioni, porta l’uomo a essere considerato sacrificabile. Persino nella subdola forma di un aiuto al suicidio.

Quale dovrebbe essere la risposta del credente a questa sfida?

Da cristiani, prima di qualunque riflessione giuridica e politica, avvertiamo il dovere di custodire e annunciare la grande speranza che viene dalla fede: non esiste dolore o sofferenza che non abbia un senso di fronte a Gesù Cristo, che ha preso su di sé il dolore e il male del mondo. Per quanto la sofferenza rimanga un mistero insondabile, è in essa che spesso l’uomo trova profondamente se stesso e incontra Colui che l’ha creato, voluto e amato fin dal principio”.

Non tutti hanno questo dono della fede...

Certamente. Ma non è necessario essere credenti per riconoscersi membri di quella grande comunità che è l'umanità, dove ogni uomo ha lo stesso valore e la stessa dignità, a prescindere dalle condizioni in cui si trova. Perdere questo orizzonte potrebbe significare aprire a qualsiasi facilitazione di morte procurata per legge, anche depenalizzandone l'aiuto. Siamo contrari, e – ripeto – non serve essere credenti per questo. La parabola del buon Samaritano, che in questa domenica risuona in tutte le nostre chiese, attende la nostra risposta rispetto a quanti oggi giacciono ai margini della vita: il sofferente può essere visto come un ostacolo da evitare o come qualcuno davanti a cui provare compassione. Crediamo che l'uomo, ogni uomo, valga più del nostro viaggio, del nostro olio e del nostro vino, del nostro denaro e del nostro tempo.

Si dice che andrebbe consentita la morte a richiesta a chi mostra di non saper più reggere uno stato di prostrazione psico-fisica. Cosa pensa di questo argomento?

Di fronte a una sofferenza, spesso conseguenza di una malattia inguaribile, la soluzione più facile può sembrare quella di accorciare la vita nel modo meno doloroso. Quando una persona sente una sofferenza insopportabile, la si vorrebbe autorizzare ad accedere a una morte volontaria. In questo senso, distinguere fra il suicidio e le varie forme eutanasiche ha un'importanza secondaria: che sia il dottore a iniettare il farmaco, che lo offra sciolto in un bicchiere che la persona berrà da sé, o che stacchi un sostegno vitale con lo scopo esplicito e deliberato di procurare la morte, sempre di atto eutanastico si tratta.

La richiesta di ottenere la morte è legata all'estensione del perimetro della libertà individuali. Cosa comporta questa dilatazione senza più limiti dei diritti individuali?

Mi sembra che così si arrivi a considerare la scelta di morire alla pari di quella di vivere: morte e vita vengono poste sullo stesso piano, in alternativa, purché la decisione sia volontaria e consapevole. La logica conseguenza è che la massima espressione della propria libertà si realizzerebbe annientando se stessi. Una contraddizione, ma soprattutto un cambiamento radicale di mentalità, con conseguenze enormi; un drammatico punto di non ritorno per la nostra società, qualsiasi siano gli orientamenti culturali, politici, religiosi da cui si muove.

Che risposta va data alla sofferenza?

Chi soffre non ha bisogno di qualcuno che gli indichi l'uscita di sicurezza verso la morte – peraltro vissuta come un “dissolversi nel nulla” – ma di essere

sostenuto, aiutato, ascoltato, mai lasciato solo. Non mi stancherò mai di pensare che spesso basta una vicinanza amorevole per dare senso, sollievo e speranza a chi la speranza l'ha persa, sia un malato o i suoi familiari, che a volte ne vivono il dolore in maniera persino più forte.

Quale domanda esprime chi contempla l'ipotesi del suicidio assistito?

Paradossalmente, una domanda di cura. Non è, infatti, tanto o solo il dolore fisico a provocare la richiesta di morte: l'esperienza e i dati ci dicono che, laddove cure palliative e terapia del dolore sono offerte con competenza e umanità – come accade in tanti hospice – nessuno chiede di essere ucciso. Sappiamo purtroppo che non a tutti sono offerti questi percorsi indispensabili di accompagnamento nelle fasi critiche della vita. Quella dell'accesso alle cure è forse la più odiosa fra le diseguaglianze, perché colpisce i più deboli e i più fragili. Esorto quindi la politica, perché metta al primo posto un concreto accesso per tutti a cure adeguate, a partire da quelle palliative e dalla terapia del dolore.

I sostenitori di eutanasia e suicidio assistito sostengono che la richiesta di morte va esaudita solo se volontaria e a determinate condizioni...

Se fosse sufficiente la certezza della volontà, allora perché prevenire il suicidio o cercare di impedirlo? In realtà, mi chiedo quanto possa essere "libera" una richiesta di essere aiutati a morire, se tutto ti fa sentire ormai solo come un peso. Un peso anzitutto per la famiglia, sempre più fragile; un peso perché l'assistenza sembra avere sempre meno valore umano e sociale; un peso perché vede la società farsi carico di una vita dipendente e costosa. Può davvero essere considerata "libera" la richiesta di morire, se si ha paura di restare soli, incapaci di badare a sé? Se ci arrendiamo a una mentalità dell'abbandono, che si maschera di falsa compassione, finiremo per relativizzare il valore stesso dell'uomo.

È accettabile che i medici debbano limitarsi a prendere atto di una richiesta di morte?

Sarebbe una rivoluzione rispetto ai fondamenti della medicina, che da millenni si basa sull'idea opposta: il "favor vitae", per cui il medico aiuta a preservare la vita. Invece, nei Paesi in cui è prevista dalla legge, la morte medicalmente assistita diventa un atto medico: eutanasia o suicidio assistito sono entrati a far parte delle possibili opzioni terapeutiche; magari una possibilità estrema, ma pur sempre una "cura", persino per chi soffre di depressione. Significativamente, dove queste leggi sono state approvate, le morti procurate sono sempre aumentate negli anni. Introdotta come un'eccezione, diventa una delle opzioni in campo.

La nostra società considera l'eutanasia, eppure ha sempre più paura della morte...

Mi sembra che oggi si voglia depurare la morte dal mistero che inevitabilmente la circonda, illudendoci di poter decidere tutto e quindi di esorcizzarla, oscurando il carico di drammaticità della condizione umana. È così che si è arrivati a Vincent Lambert e a Noa, la ragazzina olandese che si è lasciata morire con un dottore che ha assecondato tutto, anziché aiutarla a vivere. Pensiamo veramente che sia questa la strada con cui sconfiggere la disperazione?

COMUNICATO STAMPA DEL TAVOLO DI LAVORO “VITA E FAMIGLIA”

1. In vista dell'imminente decisione della Corte costituzionale sul tema del fine vita, chiediamo che il Parlamento, consapevole delle proprie responsabilità istituzionali, eserciti pienamente e tempestivamente la propria funzione legislativa in materia.

Dal canto nostro, desideriamo riaffermare brevemente il nostro convincimento, in nome del quale ci sentiamo spronati a dare il nostro fattivo contributo nella società attuale, per la costruzione di una rinnovata convivenza civile improntata sul profondo rispetto di ciascun essere umano, soprattutto se debole e vulnerabile.

2. Riconosciamo che ciascuna vita umana individuale è un bene in se stessa, al di là delle circostanze che di fatto segnano la sua parabola esistenziale; la peculiare dignità umana che contraddistingue ogni singola persona, dal primo istante della sua esistenza fino alla morte, accomuna la famiglia umana e ci rende tutti uguali in valore.

Riconosciamo, di conseguenza, che per ogni essere umano sussiste il dovere morale di prendersi cura della vita e salute propria e altrui, in un clima di solidale reciprocità.

3. Abbiamo piena consapevolezza del fatto che, talora, malattia e sofferenza irrompono in modo inarrestabile nel nostro cammino, “ferendo” in profondità la nostra storia personale e ponendo sulle nostre spalle pesi estremamente gravosi.

Siamo convinti che, specialmente in tali circostanze, la persona che sperimenta “vulnerabilità” abbia diritto a non rimanere sola col proprio carico umano, ma debba ricevere dalla comunità (nella misura delle responsabilità proprie di ciascun ruolo) ogni aiuto necessario per curare la malattia e lenire la sofferenza, in nome del legame di solidarietà e comunanza coesistenziale al nostro stesso “essere umani”.

4. Consideriamo che, pur giovandosi di un continuo ed auspicabile progresso, la medicina attuale applicata ai casi clinici concreti talora mostri dei limiti insuperabili in ordine alla guarigione; in tali casi, con convinzione piena, riteniamo doveroso per il medico astenersi dall'insistenza in trattamenti che, di fatto, si dimostrassero clinicamente inefficaci o sproporzionati.

5. In particolare, desideriamo richiamare e rilanciare l'urgente esigenza di aumentare sforzi e risorse per una maggiore implementazione delle cure palliativi

ve, in grado di assicurarne l'effettiva fruibilità su tutto il territorio nazionale per le persone che ne hanno necessità, come del resto sancito dalla legge 38/2010.

6. Con altrettanta convinzione, nella nostra società spesso connotata da forme di utilitarismo ed efficientismo, rifiutiamo senza tentennamenti ogni "logica di scarto" tendente a considerare le persone insolubilmente segnate dalla malattia o da altre vulnerabilità (età avanzata, disabilità, patologie psichiatriche, ecc...) come una sorta di "peso infruttuoso" per la comunità, tanto da ritenere opportuno ridurre (o addirittura annullare) risorse ed ausili a loro vantaggio, a prescindere dai loro effettivi bisogni.

7. Alla luce di ciò, desideriamo infine esprimere congiuntamente il nostro più fermo rifiuto di ogni atto di eutanasia, in tutte le sue forme e modalità, ovvero di ogni scelta intenzionale e diretta finalizzata ad anticipare la morte allo scopo di interrompere ogni sofferenza. Siamo infatti convinti che la malattia, il dolore e la sofferenza, nella loro cruda e gravosa realtà, esigano una risposta autenticamente "umana", costruita sull'amore, sulla condivisione e sul servizio, oltre che sull'ausilio della migliore medicina; mai esse meritano di ricevere come risposta la sbrigativa e fuorviante violenza dell'eutanasia, umanamente falsa, lesiva dell'integrità della vita e offensiva della dignità umana.

8. Guardiamo con estremo favore alla recente presa di posizione pubblica da parte delle Federazioni degli Ordini dei medici e degli Infermieri, che considerano il proprio coinvolgimento in eventuali pratiche eutanasiche in piena ed inaccettabile contraddizione con le finalità e i valori originari dell'arte medica, espressi e confermati nei vigenti codici deontologici di categoria.

Guardiamo con uguale favore ad altre iniziative e prese di posizione che condividano la nostra prospettiva valoriale.

9. Auspichiamo pertanto che una simile violazione della vita umana, quale è l'eutanasia, non debba mai trovare avallo e giustificazione nell'ordinamento giuridico del nostro Paese.

A tale proposito, fin da ora invitiamo le persone che fossero interessate all'evento del prossimo 11 settembre, a Roma, per una giornata di riflessione e approfondimento di queste tematiche (maggiori dettagli verranno diffusi quanto prima).

Roma, 10 luglio 2017

Associazione Scienza & Vita; Forum delle Associazioni Familiari; Movimento per la Vita; Associazione Medici Cattolici Italiani; Forum Associazioni Socio-Sanitarie; Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici

DOCUMENTO FINALE DEL SEMINARIO “DIRITTO” O “CONDANNA” A MORIRE PER VITE “INUTILI”?

*Il Servizio Sanitario verso la “cultura dello scarto”
dopo l’ordinanza 207/18 della Corte costituzionale pro-eutanasia?*

11 luglio 2019 – Roma, Palazzo Maffei Marescotti

COMUNICATO **Ospedali pro morte?** **Scongiorare subito il pericolo di meno vita per tutti**

Oltre trenta associazioni no profit, molte delle quali impegnate sul fronte socio sanitario, si sono riunite a Roma, nella sala Apollo del Palazzo Maffei Marescotti, l’11 luglio 2019, per un confronto anche con esponenti dei gruppi parlamentari e del Governo, a seguito dell’ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018, con la quale è stato indicato al Parlamento il termine del 24 settembre 2019 al fine di modificare la norma sull’aiuto al suicidio (art. 580 cod. pen.).

Nell’imminenza dell’esame parlamentare a seguito di tale “sollecitazione”, visti i progetti di legge all’esame delle competenti Commissioni di Camera e Senato, nonché condividendo pienamente il comunicato della Conferenza Episcopale Italiana del 10 luglio 2019 sul documento del tavolo di lavoro “vita e famiglia” presso la stessa CEI, pongono all’attenzione dei deputati e dei senatori le seguenti sintetiche note.

1. **SUL METODO.** Assegnare al Parlamento i compiti da adempiere, e perfino il tempo entro cui svolgerli non sembra corrispondere a quella “leale e dialettica collaborazione istituzionale” cui pure la Corte costituzionale afferma di ispirarsi nell’ordinanza, tanto più che la lunghezza e l’articolazione di stessa assumono la struttura e la sostanza di una sentenza già annunciata (*rectius* minacciata). Auspichiamo che le Camere svolgano senza condizionamenti, né di contenuti, né di tempo, il mandato popolare a legiferare, che in uno Stato democratico hanno l’obbligo di esercitare in piena libertà.

2. **ANCORA SUL METODO.** La prima decisione che va assunta è se la legge debba disciplinare l’intera esistenza umana, inclusi e nel dettaglio i momenti “ultimi” della vita, quando sussistono norme chiare di carattere generale, persino contenute in convenzioni internazionali, e quando i codici deontologici, *in primis* quelli del medico, permettono di orientarsi nei casi più difficili e controversi.

Ben potrebbe il Parlamento richiamare – **con un atto formale ed esplicito in risposta alla Consulta** – la propria autonomia legislativa anche in tale auspicata direzione.

3. **UN APPELLO.** Se invece il Parlamento ritenesse di intraprendere la strada della modifica legislativa, le forze politiche dovrebbero almeno riconoscere che disciplinare la vita e la morte è questione da inserire in un dibattito ampio e consapevole. La stessa recente legge 219/17 sul c.d. “biotestamento”, seppur errata in molti punti tanto da aver persino negato l’imprescindibile diritto all’obiezione di coscienza, ha comunque avuto bisogno di ben venti mesi di serrati lavori parlamentari (da febbraio 2016 a dicembre 2017): chiediamo pertanto a tutti i parlamentari che il tema sia approfondito nei tempi che necessita, senza compressioni.

4. **NEL MERITO.** Siamo motivatamente e decisamente contrari a qualsiasi normativa che introduca l’eutanasia. Una legge eutanassica sarebbe in contrasto “*con la verità e il bene delle persone*” (*Evangelium vitae*, 1995), ennesimo esito di una antropologia ideologica che pretende di affermare un uomo “solo”, “liberato” dal desiderio di Altro da sé come dai legami più cari che lo costituiscono, impossibile misura assoluta e autoreferenziale della realtà. Ma che finirebbe, poi, col far dipendere il *valore* di ciascuno non dalla sua irripetibile esistenza, bensì dalla “qualità” del vivere e dalla sua “utilità” sociale, introducendo il parametro di un possibile “costo” troppo elevato per alcune situazioni di fragilità, come nella malattia, nella disabilità, nelle età senili e minorili. Così, il valore della vita non sarebbe più fondamentale in sé stesso, ma relativo, in opposizione alla tradizione occidentale e italiana.

Se poi tale scopo eutanassico venisse posto come onere del Servizio Sanitario Nazionale verrebbe gravemente alterata la sin qui strutturale attitudine delle istituzioni a difendere la *vita* soprattutto quando è più debole, cosicché sarà tutelata di meno la vita di tutti! Oggettivamente si introduce un rischio di minor cura per tutti!

In altri termini, accadrebbe quel che temeva Dame Cecily Saunders, geniale fondatrice degli *hospice*: “*il vero pericolo non è solo che l’eutanasia aumenterebbe la paura; introdurre una legge a proposito toglierebbe soprattutto la terra sotto i piedi a un gran numero di persone vulnerabili, che molto facilmente penserebbero: <Ho il diritto di abbreviare la mia vita, e dunque ora ho il dovere di farlo, perché sono un peso per altri, e la mia vita come parte della società è ormai priva di valore>. Sono davvero convinta che dobbiamo dire alle persone che hanno un valore perché ci sono, e che avranno un valore fino all’ultimo istante della loro vita. E che faremo di tutto per rendere la loro vita quanto migliore possibile*”.

5. **SÌ AL RAFFORZAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE.** Auspichiamo, invece, che il Parlamento e il Governo raccolgano l'occasione fornita dall'ordinanza in commento della Consulta per rafforzare, doverosamente, le cure palliative, in quanto la legge n. 38/2010 che le regola è stata poco sostenuta finanziariamente, e ancor meno applicata.

6. **NO A MODIFICHE DELL'ART. 580 DEL CODICE PENALE CHE INTRODUCANO IPOTESI DI NON PUNIBILITÀ.** La nettezza del giudizio a favore della sacralità della vita comporta la contrarietà a ogni forma di depenalizzazione; l'invito della Corte costituzionale può essere raccolto – come ipotizzato in alcune proposte di legge – al più solo nel senso di articolare la pena dell'art. 580 del Codice penale sull'aiuto al suicidio con l'attenuazione della sanzione solo a fronte di circostanze concrete ben definite e ragionevoli e individuando a tal fine quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, nonché precisando tipologie di condizioni quali il grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui che interessa l'autore del fatto.

Confermiamo la disponibilità agli esponenti del Parlamento perché questo dialogo prosegua nel reciproco arricchimento, animati dal desiderio di servire la centralità di ogni singola persona.

Camminiamo con la Conferenza Episcopale Italiana verso la giornata di lavoro su questi temi indetta per l'11 settembre 2019.

Roma, 11 luglio 2019

ALEF – Associazione Liberi e Forti; Alleanza Cattolica; Associazione I cammini di Francesco; Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici; Associazione Ai.Bi. – Amici dei Bambini; Associazione Nazionale Famiglie Numerose; Associazione Nonni 2.0; Associazione Steadfast Onlus; Associazione Risveglio; Associazione Tra Noi; Centro Studi Rosario Livatino; Collectio Oriente Cristiano, Comunità Papà Giovanni XXIII; Cuore Azzurro; Fondazione De Gasperi; L'Albero; Costruire Insieme; Comitato Difendiamo i nostri figli; Etica & Democrazia; Esserci; Forum delle Associazioni Sociosanitarie; MCL – Movimento Cristiano Lavoratori; Medicina e Persona; MOIGE – Movimento Italiano Genitori; Movimento per la Vita Italiano; Movimento PER – Politica Etica Responsabilità; Politicainsieme; Osservatorio parlamentare “Vera Lex?”; Rete Popolare; Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici; UCID Comitato Scientifico; Unione Farmacisti Cattolici Italiani; Vivere Salendo.

CAMERA DEI DEPUTATI
ATTO N. 1888
PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ALESSANDRO PAGANO, TURRI, PANIZZUT, BISA, BOLDI, BONIARDI,
DE MARTINI, CANTALAMESSA, FOSCOLO, DI MURO, LAZZARINI, MAR-
CHETTI, LOCATELLI, PAOLINI, TIRAMANI, POTENTI, ZIELLO, TATEO

Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative

Presentata il 5 giugno 2019

Art. 1. (Modifica all'articolo 580 del codice penale)

1. All'articolo 580 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«Se il fatto è commesso nei confronti di una persona tenuta in vita solo mediante strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza, si applica la reclusione da sei mesi a due anni quando l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza dello stesso. Non si applicano le disposizioni del secondo comma».

Art. 2. (Idratazione e alimentazione)

1. Il terzo periodo del comma 5 dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è sostituito dai seguenti: «Ai fini della presente legge, l'idratazione e l'alimentazione, anche se garantite attraverso ausili tecnici, non sono considerati trattamenti sanitari. La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve comunque seguire i criteri dell'appropriatezza medica».

Art. 3. (Obiezione di coscienza)

1. Alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il secondo periodo del comma 6 dell'articolo 1 è sostituito dai seguenti: «Il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie hanno facoltà di presentare dichiarazione di obiezione di coscienza in relazione all'attuazione della presente legge qualora la sottoposizione o la rinuncia ai trattamenti sanitari ovvero il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 4 contrastino con la deontologia professionale e con le buone pratiche socio-assistenziali. La dichiarazione è presentata in forma scritta al dirigente della struttura sanitaria nella quale il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie prestano servi-

zio, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, ovvero dall'immissione in servizio del dichiarante, ha efficacia dal giorno stesso della presentazione e non può in alcun modo pregiudicare l'esercizio della professione. La dichiarazione può essere revocata con le medesime modalità previste dal presente comma e la revoca ha efficacia decorsi trenta giorni dalla data di presentazione»;

b) al comma 5 dell'articolo 4, dopo le parole: «in tutto o in parte, dal medico stesso» sono inserite le seguenti: «se questi non ha già presentato la dichiarazione di obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 1, comma 6».

Art. 4. (Ambito di applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

1. Al comma 9 dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, le parole: «o privata» sono soppresse.

Art. 5. (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)

1. All'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il secondo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: «A tal fine, è sempre garantita la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente».

Art. 6. (Minori)

1. Al comma 1 dell'articolo 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, dopo le parole: «in modo consono» sono inserite le seguenti: «alla sua età e».

Art. 7. (Situazioni di emergenza)

1. All'articolo 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«5-bis. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, che impediscono di attendere la pronuncia del giudice tutelare di cui al comma 5, il medico e i componenti dell'équipe sanitaria garantiscono i trattamenti e le cure necessari».

Art. 8. (Revoca delle dichiarazioni anticipate di trattamento)

1. Al comma 6 dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, le parole:
«, con l'assistenza di due testimoni» sono soppresse.

TESTO DELLE E-MAIL CHE POSSONO ESSERE INVIATE
DAL SITO WWW.POLISPROPERSONA.COM
E DALLA RELATIVA PAGINA FACEBOOK

On.le Presidente della Camera dei deputati,
On.li componenti dell'Ufficio di Presidenza,
On.li Presidenti dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati,
se nei prossimi giorni non venisse urgentemente inserita all'ordine del giorno dell'aula della Camera dei deputati e votata la pdl Pagano (Atto Camera 1888), all'udienza del 24 settembre 2019 la Corte costituzionale pronuncerà – per ciò che è stato preannunciato con l'ordinanza n. 207/2018 – una sentenza di abrogazione totale o parziale dell'art. 580 del Codice penale, rendendo lecita l'eutanasia in Italia.

È inaccettabile che la vita dei più fragili e deboli sia lasciata sola e venga considerata con minor valore, come un costo che non vale la pena sopportare per lo Stato.

È inaccettabile che il Servizio Sanitario nazionale sia reso strumento di morte.

È infine inaccettabile – comunque la si pensi sull'argomento – che il Parlamento lasci consapevolmente che a decidere sulla vita e sulla morte sia un giudice, senza rappresentanza popolare.

Vi prego di attivarvi perché ciò non avvenga e la Camera sia riunita al più presto per approvare la proposta 1888.

Vi porgo i migliori saluti.

EDIZIONI CANTAGALLI
Via Massetana Romana, 12
53100 Siena
Tel. 0577 42102 Fax 0577 45363
www.edizionicantagalli.com
e-mail: cantagalli@edizionicantagalli.com

Contributi di:

ANTONIO AFFINITA

FILIPPO ANELLI

ROBERTO BETTUOLO

PAOLA BINETTI

ALDO BOVA

MARINA CASINI BANDINI

MARIA DOMENICA CASTELLONE

PAOLO DE CARLI

VITO DE FILIPPO

EMANUELE DI LEO

GIOVANNI FALCONE

ELENA FRUGANTI

MATTIA FUSINA

ALBERTO GAMBINO

MASSIMO GANDOLFINI

MAURIZIO GASPARRI

GIAN LUIGI GIGLI

GIANCARLO GIORGETTI

GIOVANNI GUT

MARCO INVERNIZZI

ALFREDO MANTOVANO

ANDREA MAZZI

DOMENICO MENORELLO

ASSUNTINA MORRESI

FRANCESCO NAPOLITANO

PINO NOIA

GIUSEPPINA OCCHIONERO

ALESSANDRO PAGANO

ANTONIO PALMIERI

RICCARDO PEDRIZZI

MASSIMO POLLEDRI

GAETANO QUAGLIARIELLO

EUGENIA ROCCELLA

MAURIZIO SACCONI

LUISA SANTOLINI

OLIMPIA TARZIA