

# Diritto alla vita sì, diritto «sulla vita» mai

di Claudio Sartea

argomenti



Non c'è equivalenza tra vivere e non vivere: e quindi non può esserci eguaglianza tra la decisione di vivere (che nessuno ha preso, nemmeno per se stesso) e quella di non vivere o di (far) cessare di vivere una vita iniziata. Una risposta ai tentativi di accreditare un presunto «nuovo diritto»

Non c'è equivalenza né giuridica né concettuale tra il diritto alla vita e il diritto sulla vita, né il secondo è parte del primo. Ciò è vero perché è vero che non c'è equivalenza tra vivere e non vivere: e quindi non può esserci equivalenza tra la decisione di vivere (che per giunta nessuno ha preso, nemmeno per se stesso) e quella di non vivere - o di (far) cessare di vivere una vita iniziata. La vita infatti è al di sotto di ogni distinzione. La vita è la premessa di ogni decisione e di ogni scelta, di tutte le possibilità - comprendendo in esse anche gli avvenimenti, non solo le volizioni. Pertanto, la vita è il presupposto di ogni possibile ulteriore spettanza giuridicamente riconoscibile e tutelabile. E stiamo parlando, sia chiaro, della vita biologica - non della vita eterna, del flusso del vivere cosmico della natura, o di qualche altra più o meno sfuggente concettualizzazione. La vita della carne, la vita delle ossa e del sangue, la vita dei polmoni col loro ritmico movimento, del pulsare prezioso e autonomo del cuore, del funzionamento

Quel "qualcosa" che mi impedisce normativamente di disporre autonomamente di me stesso, fino a mettere in gioco la mia vita, è il cuore di una struttura di protezione della persona umana e di salvaguardia della pacifica coesistenza, che da tempo immemorabile siamo abituati a chiamare "diritto". E garantisce che niente e nessuno possa farmi del male

prodigiosamente sincronizzato dell'apparato digerente, del sistema nervoso e muscolare, di quello linfatico, e così via.

All'origine di ogni volizione, di ogni richiesta, rifiuto e rinuncia, c'è precisamente questa vita: all'origine, non come oggetto di una determinazione. L'auto-determinazione, di cui tanto si parla, chiede, per poter esistere, di essere preceduta - proprio così: pre-ceduta - da un autos, che la fonda, la consente, la manifesta, la pronuncia, la attua - o ne implora l'attuazione. Posso volere o non volere qualcosa: sono sempre io che voglio o rifiuto. Non posso dunque volere o non volere il mio io (volente/nolente): che vi sia un io è dato, è un precedente necessario all'espressione di un volere. Il soggetto non è mai oggetto: non per ragioni normative, non per indicazioni etiche o giuridiche che esigano un'ulteriore giustificazione. Semplicemente, perché è soggetto: il soggetto non può mai essere oggetto, né del volere altrui, né del volere proprio. Se guardiamo con soddisfazione alle acquisizioni culturali della civiltà liberale è perché essa ha eliminato la schiavitù (almeno come istituto giuridico e come

prassi sociale accettata): e la schiavitù è la riduzione del soggetto a oggetto. Buona parte dei reati contro la persona sono previsti proprio per impedire questa riduzione, per tutelare la libertà nelle varie sfere del movimento, dell'integrità fisica, della sessualità, dell'onore... Dimensioni parziali di quel tutto che è la persona: e alla persona si riconosce la dignità che è il cardine delle costituzioni liberali e delle dichiarazioni dei diritti (sul punto sono illuminanti i nn. 3 e 4 della postilla di Francesco D'Agostino al recente «Parere» del Comitato nazionale per la bioetica intitolato «Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico»).

L'inalienabilità di tali diritti - che si sostanzia in un vincolo alla libertà nel disporre di essi concessa al medesimo soggetto titolare - è stabilita da tutti questi documenti, tanto apprezzati e celebrati, proprio per assicurare in modo definitivo la tutela della persona umana. Quel "qualcosa" che mi impedisce - normativamente: perché sul piano pratico posso sempre suicidarmi, vendermi in tutto o in parte, prostituirmi, disonorarmi, e così via - di disporre autonomamente di me stesso, fino alla disposizione radicale della mia vita, non è contro di me ma per me: garantisce ultimamente che niente e nessuno possa farmi del male. E questa garanzia non è stabilita da un ordinamento astratto e insensibile, oppure occhiuto e invadente fino al punto di privarmi di una libertà così fondamentale, nel nome di una propria, relativa e magari totalitaria concezione del bene delle persone (dei "sudditi"): tutt'al contrario, essa è il cuore di una struttura di protezione della persona umana e di salvaguardia della pacifica coesistenza, che da tempo immemorabile siamo abituati a chiamare "diritto". Ecco dunque che cosa è in gioco nel dibattito sulla disponibilità e sulla

indisponibilità: lo schietto, elementare e quindi fondativo apprezzamento del bene-vita come bene di base, come giustificazione radicale, e quindi inalienabile e necessaria, dell'intero ordinamento giuridico (inteso alla stregua di un sistema di disciplina pacificante delle relazioni interpersonali), e in particolare di quei profili dell'ordinamento che alcuni definiscono "solidaristici". Un diritto antropologicamente pensato non sembra poter condurre in altre direzioni.

## contromano

### Ma la malattia si guarisce con la morte?

Diventa sempre più chiaro che all'orizzonte delle battaglie pro-eutanasia c'è un cambiamento antropologico dello sguardo sulla malattia e sulla vita in generale. Lo capiamo da tanti segni. In primo luogo, la mitezza di certe sentenze. Il 17 dicembre una donna che aveva affogato la figlia di 26 anni disabile è stata condannata a due anni con la condizionale; i genitori di un giovane paraplegico inglese di 22 anni, che hanno accompagnato il figlio al suicidio assistito in Svizzera, non sono neanche stati processati; nell'agosto 2007 in Francia un marito ha ucciso a fucilate la moglie colpita da Alzheimer ed è stato condannato ad un anno con la condizionale. Insomma, sembra che stia passando nella mentalità comune che la morte sia una risposta "comprensibile" e alla malattia, tanto che la punizione arriva attenuata a chi provoca o incoraggia la morte.

Ma se far morire dei disabili è guardato con indulgenza, come stupirsi quando vediamo che i disabili malati vengano "mal-trattati"? Ed ecco dunque l'altro segno: la perdita di attenzione nelle cure ai disabili. Uno studio canadese mostra che tra i malati di Sla che chiedono di morire c'è un alto tasso di depressi... ma la depressione è curabile; e giustamente un articolo sul *British Medical Journal* afferma, constatando il tasso di depressione tra chi chiede di morire, che la legge sull'eutanasia finire col non proteggere i pazienti le cui scelte sono influenzate dalla depressione. Neanche gli anziani depressi, secondo uno studio, sono trattati a dovere: solo il 10% viene mandato da uno specialista contro il 50% dei depressi più giovani. Ci si stupisce che poi qualcuno chieda di morire? E uno studio del governo inglese sulla disabilità mostra che «i pazienti vengono ignorati e le loro condizioni lasciate non diagnosticate e non trattate perché settori del Servizio Sanitario vedono solo la loro disabilità e non la loro malattia»; mentre i giornali riportano inquietanti storie di pazienti con handicap trattati con scarsa attenzione proprio perché i medici si arrestano a vedere la loro disabilità di fondo e non approfondiscono invece le malattie che li colpiscono e talora li fanno morire.

## la sentenza

### Milano, il giudice: medico, salva il paziente



Testimoni di Geova e trasfusioni. Un problema che già da diversi anni ha anticipato il nodo della libertà o meno del paziente di rifiutare terapie salvavita. La V sezione del Tribunale civile di Milano è recentemente intervenuta con una sentenza, 12 anni dopo i fatti, sulle responsabilità per la morte di un ministro di culto, appunto, dei testimoni di Geova. Come ricordava ieri il *Sole 24 ore*, l'uomo era deceduto in un ospedale di Milano nel corso di una trasfusione di sangue che aveva strenuamente rifiutato, al punto da costringere i medici a chiedere un trattamento sanitario obbligatorio. La decisione del giudice Iole Fontanelle ha riconosciuto un indennizzo ai familiari, ma solo per le modalità brutali con cui era stata praticata la trasfusione e che avevano concorso a provocare un infarto cardiocircolatorio nel paziente, già debilitato da una neoplasia. Ha riconosciuto, contemporaneamente, il pieno diritto del paziente di rifiutare interventi terapeutici contrari alle proprie convinzioni religiose, ma solo a condizione di risolvere il contratto di cura e lasciare la struttura sanitaria. Non il diritto, cioè, di essere ricoverato, di essere salvato e di scegliere contemporaneamente, a sua discrezione, le terapie cui sottoporsi, riducendo così i sanitari a meri esecutori delle sue determinazioni. Per i medici, dice il Tribunale, valgono regole che

«impongono l'effettuazione di quegli interventi urgenti che siano nel migliore interesse terapeutico del paziente». «Non ho ancora letto la sentenza» premette Filippo Vari, professore associato di Diritto costituzionale all'Università Europea di Roma, «ma mi sembra che tutta la vicenda dimostri come ci sia un problema relativo all'esercizio della professione medica, che non può essere affatto risolto obbligando il medio ad agire per la morte. Il secondo aspetto che emerge è che su questi temi gli orientamenti della giurisprudenza sono spesso incostanti e mutevoli».

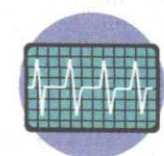
La sentenza di Milano segue a poca distanza un'altra della Corte di Cassazione, la 23676 del 15 settembre 2008, in merito a un caso analogo, un testimone di Geova sottoposto a una trasfusione di sangue non voluta. Il pronunciamento della Suprema Corte riconosceva che «il rifiuto di un trattamento sanitario necessario per il mantenimento in vita del paziente deve risultare da una sua manifestazione di volontà espressa, inequivoca, attuale, informata». Il paziente deve, cioè, esprimere «un dissenso che segua e non preceda l'informazione avente a oggetto la rappresentazione di un pericolo di vita imminente e non altrimenti evitabile». In altri termini, «un dissenso che suoni attuale e non preventivo, un rifiuto ex post e non ex ante, in mancanza di qualsivoglia consapevolezza della gravità attuale delle proprie condizioni di salute». (A.G.)

## box Malati di Sla: sabato primo raduno a Brescia

È il primo raduno nazionale dei malati di Sla e si svolgerà sabato in provincia di Brescia, a Cunetone di Salò. L'appuntamento è stato ideato e promosso da una paziente bresciana, Maria Iannantuoni di Bedizzole. Lunga la lista degli ospiti: fra loro anche un'ottantina di malati. Hanno risposto alla chiamata, fra gli altri, Mario Melazzini, presidente nazionale dell'Aisla (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica), e Gabriele Morà, neurologo dell'Istituto Maugeri di Pavia. Con loro anche il sindaco di Tignale Manlio Bonincontri, affetto da Sla, e il referente provinciale dell'Aisla di Brescia, Paolo Marchiori. Ma al raduno parteciperanno anche i rappresentanti di altre istituzioni locali. Non mancherà neanche un referente del Brescia calcio. Previsto anche un collegamento via Skype con i malati di tutta Italia. La giornata si concluderà in allegria con il karaoke e con un intrattenimento musicale a oltranza.

il documento

## «Fine vita, tre punti fermi per una legge»



«Intendiamo con questo documento - come parlamentari - rendere ancora più esplicita la nostra posizione tesa a una tutela della vita "senza se e senza ma"». Così presentano il proprio intento i 40 firmatari di un nuovo progetto di legge sul fine vita appena depositato al Senato, tra cui Alfredo Mantovano, Laura Bianconi, Barbara Saltamartini, Isabella Bertolini, Domenico Di Virgilio, Renato Farina, Antonio Palmieri, Raffaello Vignali, Luca Volonté. Un testo che ricorda innanzitutto il paradosso, o meglio i tanti paradossi aperti dai casi Welby ed Englaro, dove è stata per esempio, e ripetutamente, denunciata la presenza di un accanimento terapeutico ma in cui «la morte non si è mai presentata come "imminente"; anzi, è stata proprio la "non imminenza" della morte a giustificare la richiesta di por fine alla vita del paziente; e quindi, a porre il problema se debba essere rispettato il suo rifiuto delle cure».

Per quanto riguarda l'altrettanto invocata - dai portabandiera di un testamento biologico aperturista, nei fatti, a soluzioni eutanasiche - Convenzione di Oviedo, si ricorda che la stessa Convenzione, all'articolo 9,

«non afferma che tali desideri [di sospensione delle cure] debbano essere necessariamente osservati da chi è legittimato a decidere; e in particolare, che debbano essere osservati quando la loro applicazione risulti mortale».

Tra i leitmotiv dei fautori di un testamento biologico para-eutanastico c'è ovviamente anche il rispetto del famoso articolo 32 della Costituzione italiana, quello che fa riferimento ai «trattamenti sanitari» cui «nessuno può essere obbligato». Qui però è evidente, chiosano i firmatari, che «alimentazione, idratazione e respirazione non costituiscono interventi sanitari. Ciò senza trascurare che la Costituzione, a differenza della Convenzione di Oviedo, consente gli interventi sanitari contro la volontà del paziente, purché ciò avvenga in base a una disposizione di legge. Dunque, afferma l'esistenza di valori che possono prevalere sulla volontà del paziente: valori fra cui non è azzardato collocare anzitutto la vita del paziente stesso».

Di grande interesse è il quarto punto del progetto di legge, che si chiede se esiste il «diritto» al suicidio e il corrispondente «dovere» di assecondarlo. Un'analisi delle sentenze più equivoche della magistratura e delle proposte avanzate da altri progetti di legge di taglio libertario, che si chiude un'altra

In un ampio testo firmato da 40 parlamentari argomentata sulla difesa della vita «senza se e senza ma» Un contributo al dibattito in corso su una norma che risponda ai tanti quesiti aperti

domanda, stavolta retorica: «L'apprezzamento per la "dolce morte", contenuto nei provvedimenti giudiziari in questione, e la parallela affermazione del "diritto alla morte" aprono la porta a un "dovere della morte", non ignoto all'esperienza umana (si pensi alle ipotesi di "suicidio d'onore" o di abbandono alla loro sorte dei vecchi e degli inabili, di cui parla la storia). Mentre l'affermazione di un diritto a rifiutare cure mediche può condurre al riconoscimento di un vero e "diritto a suicidio", ben più ampio e coinvolgente della mera liceità del suicidio. È possibile limitare il "diritto" alla morte ai soli casi in cui tale opzione sia mediata attraverso il rifiuto di una prestazione medica (così come sostiene la sentenza penale sul "caso Welby")? Oppure la logica del sistema ci porterà a ritenere esercizio di un diritto anche la ricerca della morte con operazioni attive quali

l'ingerimento di veleni?». Ma, in sintesi, sono i tre punti finali del documento quelli in cui è contenuto lo specifico progetto di legge. Il primo: «Il paziente in cura può rifiutare intrusioni sul proprio corpo anche quando siano in grado di salvargli la vita; ma per il medico resta la piena autonomia, in ossequio ai principi della propria professione, di prospettare al paziente ipotesi di cura con probabilità di successo, e quindi di provocare un mutamento della decisione dell'interessato. In nessun caso il medico sarà tenuto a dare corso alla volontà del paziente che solleciti un'intrusione tale da determinare la sua morte, per esempio neutralizzando gli apparati che lo tengano in vita».

Il secondo: «La facoltà di rifiutare intrusioni sul proprio corpo spetta esclusivamente a un soggetto qualificabile come "paziente"; perciò non hanno alcun valore le dichiarazioni di volontà preventive volte a escludere, per il futuro, trattamenti utili alla sopravvivenza». Infine, il riconoscimento dell'incercibile carattere della figura del medico: «Missione del medico è la cura del malato, secondo scienza e coscienza, e non costituire uno strumento passivo di attuazione delle volontà del singolo; in particolare, il medico non può essere vincolato a cagionare la morte del paziente».

Carlo Bellieni