

FRANCIA: L'approvazione della legge sulla *fin de vie*

di Edoardo Caprino

Dopo un grande dibattito a livello sociale e politico sfociato in prima istanza all'interno dell'Assemblea Nazionale, il Senato francese ha votato definitivamente in data 12 aprile 2005 un importante testo legislativo che ha come fine quello di regolamentare i diritti dei malati, in particolare di fronte alla problematica della fine della vita.

Come ha ricordato in sede di dibattito finale il Ministro della Solidarietà, della Sanità e della Famiglia, Philippe Douste-Blazy, i tempi erano maturi all'interno della società transalpina per quanto riguarda una piena accettazione e comprensione del principio di uguaglianza tra chi muore e chi nasce.

Un ulteriore passo in avanti molto importante apportato da questa legge è il pieno riconoscimento delle cure palliative, le quali hanno la medesima importanza delle cure curative in quanto, e sono sempre parole del Ministro Douste-Blazy: "è la medesima medicina che opera, per il soddisfacimento dell'insieme dei bisogni dell'individuo, in tutte le fasi della sua vita, in tutte le fasi della malattia"

In questi ultimi periodi le tematiche trattate da questa legge hanno trovato una vasta eco, in particolare perché hanno emotivamente coinvolto l'opinione pubblica internazionale alcuni casi eclatanti come quello proveniente dagli USA di Therry Schiavo.

Anche in questo caso il Ministro ha voluto chiarire lo scopo del provvedimento: garantire a tutti gli individui il diritto di morire con dignità potendo così rifiutare "la non ragionevole ostinazione" che, anche a causa dei progressi medici degli ultimi decenni, ha avuto un particolare sviluppo sino a giungere a patenti casi di "eccesso medico".

Tale problematica era stata colta anteriormente all'attuazione di questa normativa nel codice deontologico dei medici (legge 9 giugno 1999) che garantisce l'accesso alle cure palliative oltre che alla legge 4 marzo 2002 che precisa i diritti dei malati e la qualità del sistema sanitario ove è vietata espressamente ai medici la "non ragionevole ostinazione".

La legge votata il 12 aprile 2005 inoltre elimina alla radice la preoccupazione del corpo medico di essere ex post accusati a norma del codice penale di mancata assistenza alla persona in caso di decisione di sospendere un trattamento.

Il Ministro Douste-Blazy sempre in sede di dibattito parlamentare ha voluto ben ribadire come questa non sia una legge sull'eutanasia in quanto non tocca il codice penale vigente, perché la differenza alla base è profonda: "il divieto di dare la morte rimane: lasciare morire non vuol dire donare la morte"

Lo spirito che traspare dalla normativa è quello di voler riconoscere un limite invalicabile, una realtà ineluttabile: il permettere che la morte faccia il suo naturale corso.

In questo, nel più profondo convincimento al di là dei diversi orientamenti religiosi, si può cogliere in pieno il desiderio di rispettare della persona umana in tutte le sue dimensioni.

Lo stesso Catechismo della Chiesa Cattolica (paragrafo 2278 ed. Libreria Editrice Vaticana 1992 pag. 561) indica come: ""L'interruzione di procedure mediche *onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate* rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all' "accanimento terapeutico". *Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire*" Ed ancora: "Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza la capacità o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente"

Da una lettura in termini generali del provvedimento che stiamo analizzando possiamo dire che lo spirito che ha animato il legislatore transalpino corrisponde al principio catechetico sopra citato, anche se la norma contiene delle zone d'ombra che andremo a presentare ove occorre un rapido chiarimento per evitare di innescare problemi di grande

rilevanza, addirittura contrari ai disegni della legge stessa.

E' indubbio che la legge nella volontà di chi l'ha proposta intende tra le altre cose inserire un equilibrio tra i diritti del malato e la responsabilità del medico, in particolare prevedendo una sempre più completa informazione del malato stesso sia direttamente (se cosciente) o indirettamente nel caso non lo fosse più oltre che dare un pieno riconoscimento dell'importanza delle cure palliative che sono, alcune volte, un indissociabile appendice alla conclusione della vita.

Non bisogna dimenticare l'importante innovazione della possibilità di considerare le c.d. "direttive anticipate", in modo tale che il paziente possa far conoscere in anticipo il Suo indirizzo relativamente alla conclusione della vita, anche se lo stesso relatore al Senato ha ben previsto come tale disposizione sicuramente provocherà un grande dibattito, in particolare relativamente ad alcune difficili applicazioni pratiche.

Il *punto dolens* della legge (molto probabilmente frutto della fretta di approvarla per evitare un nuovo passaggio parlamentare) sta nella previsione dei trattamenti che si possono interrompere in particolare se questi riguardano una persona incosciente. Pone infatti serissimi dubbi l'opinione personale del relatore della legge al Senato, Gérard Dériot il quale sostiene che la stessa "alimentazione artificiale debba essere considerata come un trattamento"

A tale riguardo il partito centrista Udf (che poi non ha partecipato al voto) aveva proposto un emendamento che aveva come preciso scopo quello di specificare che "le cure d'igiene e il mantenimento di una temperatura adeguata, l'alimentazione e l'idratazione, anche artificiale, sono cure minime, ordinarie, proporzionate, dovute alla persona" e non quindi atti terapeutici (per questo vedi IL FOGLIO QUOTIDIANO 14 aprile 2005). In termini sommari potremmo dire che un caso Schiavo in Francia potrebbe benissimo riprodursi in futuro: l'eutanasia, (o meglio interruzione dell'alimentazione anche senza il consenso del malato) "cacciata" in termini solenni dalla porta vi potrebbe rientrare dalla finestra.....

Per questo urge sicuramente una precisazione quanto prima.

Analizzando articolo per articolo la legge si nota come il primo di questa intenda aggiungere alla L 1110-5 del Codice di Salute Pubblica un importantissimo aspetto; esso riconosce solennemente al primo comma il diritto di ognuno di ricevere, in ragione del suo stato di salute e dell'urgenza dell'intervento medico necessario, le cure più appropriate e di beneficiare delle terapie necessarie senza che queste arrechino al paziente rischi sproporzionati in rapporto al beneficio.

Il legislatore transalpino ha voluto specificare come questi interventi debbano essere compiuti senza un'ostinazione fuori di ragione, in particolare se questi risultassero inutili, sproporzionati o senza che questi possano portare altro che un mantenimento artificiale della vita e pertanto se rispondessero a queste caratteristiche potrebbero essere sospesi o non intrapresi.

E' importante come il primo articolo intenda salvaguardare la "dignità del morente assicurando la sua qualità di vita nella somministrazione delle cure" volendo qui richiamare l'articolo L. 1110-10 del Codice di Salute Pubblica che disciplina le cure palliative indicandole come. "cure attive e continue praticate da un'equipe medica interdisciplinare sia all'interno di struttura medica che a domicilio. Esse intendono alleviare il dolore, ridurre la sofferenza fisica, salvaguardare la dignità della persona malata e sostenere la cerchia di parenti/amici del paziente"

L'articolo 2 inserisce invece un ultimo comma all'articolo 1110-5 del Codice della salute pubblica ove si specifica che il medico, se constata di non poter alleviare la sofferenza di una persona la quale si trovi in una fase avanzata o terminale di una malattia grave e incurabile qualunque essa sia la causa, anche nel caso di applicazione un trattamento che abbia come fine secondario quello di abbreviare la sua esistenza, deve informare il malato senza pregiudizio dei diritti dei minori o degli adulti sotto tutela dei quali la facoltà viene esercitata dal titolare dell'autorità parentale o dal tutore.

Gli interessati hanno diritto di ricevere informazioni in merito e di partecipare alla formazione della decisione tenuto conto del grado di maturità di chi adopera la potestà sui minori sia di chi esercita le facoltà rispetto agli adulti sotto tutela; è interessante qui il richiamo all'articolo 1111-6 del Codice di Salute Pubblica che prevede come tutti possano designare una persona di fiducia il quale può essere un parente, un prossimo o il medico curante che possa essere consultato nel caso egli sia incapace rispetto alla capacità di esprimere la sua volontà oltre che ricevere le informazioni necessarie. Questa nomina deve essere fatta per iscritto ed è possibile revocarla in qualsiasi momento.

Inoltre, ed è molto interessante, il malato, se lo desidera, può essere accompagnato dalla persona di fiducia nel corso

dei diversi colloqui medici che hanno come scopo quello di aiutare il paziente a maturare la sua decisione sul tema sopra riportato

La richiesta relativa alla persona di fiducia del paziente viene rinnovata in tutti i casi di ospedalizzazione all'interno di una struttura medico-sanitaria e rimane valida (salvo che il malato disponga altrimenti) per il solo periodo di ricovero.

E' interessante quanto viene indicato ancora all'articolo 4 che si propone di aggiungere al secondo comma dell'articolo L. 1111-4 (che già prevede al primo comma come ognuno possa prendere, attraverso le informazioni fornite dal personale sanitario, le decisioni riguardanti la sua salute; ad ogni modo il medico deve rispettare la volontà del paziente dopo averlo informato di tutte le conseguenze delle sue scelte) una sorta di "diritto d'appello"; infatti se la volontà del paziente di rifiutare o interrompere un trattamento può portare in pericolo la vita del malato, il medico deve fare di tutto per convincerlo di accettare le indispensabili cure per vivere.

D'ora in avanti è previsto che il paziente può rivolgersi in appello a un altro soggetto appartenente al corpo medico. In questo caso il malato deve reiterare la sua decisione dopo che sia passato un tempo ragionevole. Ogni cosa viene quindi riportata nel dossier medico ed è importante come ora viene espressamente indicato come obbligo del sanitario di salvaguardare la dignità del morente e di assicurare una dignitosa "fin de vie" attraverso quelle cure palliative già precedentemente indicate attraverso il richiamo all'articolo 1110-10.

Con l'articolo 5 della legge si arriva a una delle novità più rilevanti e sicuramente tra le più discusse; infatti già in precedenza il quarto comma dell'articolo L.1111-4 (ora ulteriormente emendato) indicava come nel caso la persona fosse nell'impossibilità di esprimere la sua volontà nessun intervento e nessuna indagine potesse essere realizzata, salvo i casi di urgenza o effettiva impossibilità, tenuto conto dell'articolo 1111-6 che prevede per tutti i maggiorenni la possibilità di designare una persona di fiducia (parente, conoscente o lo stesso medico curante) da consultare ogni qual volta il paziente non sia in grado di esprimere pienamente la sua volontà e di ricevere le informazioni necessarie a questo fine.

Tali indicazioni dovranno essere sempre redatte per iscritto e potranno essere revocate in ogni momento; se il malato lo desidera la sua persona di fiducia può accompagnarlo nel corso di tutto il suo iter sanitario e lo assiste nel corso dei colloqui medici che possono aiutarlo a maturare una decisione.

Ora viene espressamente indicato (e aggiunto) che: "nel caso in cui il paziente risulti essere fuori dalla sue capacità di esprimere, si riconosce il limite invalicabile che impone l'assoluto divieto a prendere "iniziative personali" senza aver rispettato la procedura collegiale come previsto. All'articolo 1111-4".

Gli articoli dal 6 al 9 introducono nuovi articoli al codice di Salute Pubblica che seguono L. 1111-9.

Ad esempio il nuovo articolo L. 1111-10 (previsto dall'articolo 6) indica come un paziente in fase avanzata o terminale colpito da una malattia grave e incurabile, qualunque sia la causa, decida di ridurre o interrompere un trattamento, il medico curante rispetta la sua volontà dopo averlo informato delle conseguenze della sua scelta. La decisione del malato è riportata sul dossier medico.

Anche in questo caso si riconosce, sulla scorta dell'articolo 1110-10, che il medico salvaguarda la dignità del morente e assicura la qualità della conclusione della sua esistenza.

L'articolo 7 prevede il nuovo L. 1111-11 che "tutti i maggiorenni possono redigere delle *direttive anticipate* (testamento biologico) da utilizzarsi nel caso in cui un giorno risultasse nell'impossibilità di esprimere la sua volontà. Queste direttive anticipate indicano i desideri dell'individuo relativamente alla conclusione della sua esistenza in particolare per quanto riguarda le condizioni dei limiti o dell'interruzione del trattamento. Sono revocabili in ogni momento"

In questo caso è importante notare come condizione perché tali disposizioni vengano pienamente considerate è quella di una redazione anteriore inferiore ai tre anni prima dello stato d'incoscienza della persona.

E' da notarsi come questa novità assolutamente rilevante sul piano transalpino ed europeo (diretto portato da altre esperienze, come quella statunitense) deve ancora trovare la sua piena attuazione in quanto il nuovo articolo L. 1111-11 prevede un "décret en Conseil d'Etat" che regoli le condizioni di validità, di riservatezza e di deposito di tali direttive.

E' interessante qui notare come su un argomento così importante "rientrerà in campo" il soggetto vitale della vita amministrativa francese: il Consiglio di Stato come previsto dall'articolo 37 della Costituzione. Sarà qui importante vedere come agiranno i Magistrati di Palais Royal considerando in particolare che essi sono già stati interpellati in prima istanza in quanto il disegno di legge fu presentato all'Assemblea Nazionale su proposta governativa e quindi tale progetto obbligatoriamente venne discusso in sede di Assemblea Generale.

Il nuovo L. 1111-12 previsto dall'articolo 8 prevede che la decisione di una persona in fase avanzata o terminale colpita da una malattia grave e incurabile *qualunque sia la causa e incapace di esprimere la sua volontà* di indicare una figura di fiducia (si veda L. 1111-6) obbliga ad ascoltare il parere di questa ultima; tale parere prevale (salvo i casi di *urgenza e l'impossibilità*) su tutte le altre condizioni e pareri che non siano di ordine medico. Da questa scala di valori vengono escluse le direttive anticipate (c.d. testamento biologico) e le decisioni che provengono da indagine, da intervento o da trattamento promosso dai medici.

Come abbiamo visto questo articolo si propone di presentare una c.d. "scala di valori" che possa permettere in termini pratici di poter indicare un utile e pratico temperamento tra gli interessi del paziente di veder tutelare la sua volontà con le inderogabili esigenze dei medici i quali si trovano ad operare negli stretti ambiti della verità scientifica.

E' interessante notare (e contemporaneamente ribadire che non sarebbe potuto non essere così) il diverso portato e riconoscimento posto dalla nuova normativa tra la c.d. figura di fiducia e le direttive anticipate. Come abbiamo detto in precedenza, non sarebbe potuto essere diversamente visto che il pensiero espresso dalla c.d. figura di fiducia sarà sempre un riferimento in termini indiretti al volere del paziente (anche nei casi di più fedele "nuncius"), non dimenticando che in alcuni casi questa figura sarà rappresentata da un parente o un amico molto prossimo che può benissimo (e umanamente comprensibile) rischiare di essere influenzato dalla situazione contingente.

Diverso il caso di "direttiva anticipata" in quanto la piena fedeltà al volere del paziente è assicurata dallo scritto di suo pugno del medesimo.

E' importante notare però come la legge indica in ultima specie le decisioni che provengono da indagine, da intervento o da trattamento promosse dai medici: la scientificità non potrà mai venire meno, così prevedono e indicano i legislatori transalpini.

Come già indicato dall'articolo L.1111-12 (articolo 8), l'articolo L. 1111-13 prevedendo la medesima fattispecie (*persona in stato avanzato o terminale di una malattia grave e incurabile qualunque ne sia la causa la quale risulti incapace di esprimere la sua volontà*) indica come i medici possano decidere di limitare o di sospendere un trattamento medico *inutile e sproporzionato il quale abbia come unico scopo quello del prolungamento artificiale della vita di questa persona*.

Questo è uno dei punti fondamentali e imprescindibili di questa nuova legge in quanto pone il medico quale "arbitro" del trattamento sino ad ora applicato: esso serve ad aiutare a guarire la persona, a donarle un effettivo sollievo, oppure invece esso provoca al paziente nuove sofferenze ed ha come unico rimedio quello di provocare un *prolungamento artificiale* della vita?.

Ma cosa si intende per *prolungamento artificiale* della vita? Quale è il corretto confine che si può creare in questi casi? L'alimentazione, l'idratazione e altri trattamenti sono da considerarsi di tipo artificiale in ogni caso?

Come abbiamo già evidenziato, la mancanza di chiarezza dei giusti confini pone seri e precisi dubbi sull'applicazione diretta della normativa.

Abbiamo prima indicato in maniera sbrigativa come il medico in questa fase risulta un "arbitro"; certo, egli lo è ma non lo è solo nella decisione. in quanto a monte è prevista una procedura collegiale che porta, tra gli altri passaggi, ad inserire tra i soggetti coinvolti nella decisione, la persona di fiducia (L. 1111-6), la famiglia o in mancanza uno delle persone a lui più vicine. All'occorrenza faranno fede le direttive anticipate del paziente.

Il medico anche in questo caso è chiamato a motivare la sua decisione finale e a riportarla in maniera espressa nel dossier medico.

La seconda parte dell'articolo L. 1111-13 prevede un obbligo (già richiamato in un precedente passaggio della nuova

legge) per i medici di salvaguardare la dignità del morente e assicurare la qualità della fine della sua esistenza tenendo conto i differenti elementi tra cui le cure sino ad allora somministrate.

Questo ultimo passaggio permette di notare come la legge non si nasconde dietro facili ed accomodanti definizioni: ma individua il punto fondamentale: il medico deve primariamente salvaguardare la dignità del morente e assicurargli una degna fine di esistenza.

Il principio qui richiamato è un monito e un invito a tutti i medici a considerare che, in virtù della particolare professione esercitata, i rilievi sociali delle loro decisioni hanno un'importanza determinante, ed è utile che i medici stessi prendano sempre più coscienza di questo aspetto.

L'augurio è che questo ulteriore richiamo (vale ovviamente solo per pochi di essi) permetta di ricordare ogni giorno, ogni momento alla categoria medica di avere, specie davanti a sé, specie nei momenti finali conclusivi della vita terrena, non un numero o un letto ma pur sempre una persona con i suoi sentimenti, con la sua storia, con il suo cammino personale che merita il totale rispetto.

L'articolo successivo della nuova legge, il numero 10, intende invece procedere a una nuova riorganizzazione del Codice di salute pubblica inserendo la distinzione in due sezioni: 1) Principi generali e 2) Espressione della volontà dei malati terminali

L'articolo L. 6114-2 identifica al primo comma i contratti previsti dal L. 6114-1 come gli strumenti che prevedono i diversi intendimenti strategici delle strutture sanitarie sulla base degli schemi di organizzazione sanitaria; ora, attraverso l'articolo 11 viene inserito un nuovo secondo comma che specifica come: "Essi identificano le strutture all'interno delle quali sono somministrate le cure palliative".

Il tutto ovviamente in applicazione dei contratti pluriennali previsti come abbiamo visto agli articoli L. 6114-1 e L. 6114-2

Anche questo è un passaggio molto interessante che merita una segnalazione particolare in quanto è un importante riconoscimento in termini legislativi delle cure palliative e questa menzione speciale trova la sua applicazione pratica nell'identificazione delle strutture preposte a questo scopo.

E' interessante notare come l'articolo L. 6143-2-1 prevede che "il progetto sociale definisce gli obiettivi generali della politica sociale delle strutture oltre che le misure che permettano la realizzazione di tali obiettivi". Tali progetti riguardano in particolare la formazione, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la gestione presente e futura delle risorse umane e la loro conseguente valorizzazione.

Ora attraverso l'articolo 12 viene inserito un nuovo articolo, L. 6143-2 il quale specifica i contenuti del progetto medico. Tale documento deve d'ora in avanti contenere un capitolo intitolato "attività palliative dei servizi". Questa previsione serve per identificare le strutture all'interno delle quali sono somministrate le cure palliative tenuto conto ovviamente degli articoli L. 6114-1 e L. 6114-2 che come abbiamo già ricordato disciplinano i contratti pluriennali.

Per ora tale disposizione non trova una sua concreta applicazione in quanto in attesa del Decreto che disciplinerà la materia.

E' quindi da richiamare l'articolo L.311-8 del Codice di salute pubblica che prevede come "all'interno di ogni struttura o servizio sociale o medico sociale è elaborato un progetto di struttura o di servizio medico che definisce gli obiettivi in particolare in materia di coordinamento, di cooperazione, di valutazione delle attività e della qualità delle prestazioni oltre che le modalità di organizzazione e di funzionamento. Il progetto viene redatto per una durata massima di cinque anni previa consultazione del Consiglio della vita sociale o all'occorrenza dopo l'attuazione di altra forma di partecipazione.

Ora l'articolo 13 aggiunge un secondo comma alla L. 311-8 che meglio specifica: "all'occorrenza questo progetto identifica le strutture mediche o di servizio sociale o medico-sociale all'interno dei quali sono somministrate le cure palliative e vengono definite le misure che devono essere prese in applicazione delle convenzioni pluriennali previste dall'articolo L. 313-12.

A tal riguardo l'articolo L. 313-12 regola le strutture di ricovero delle persone anziane e in particolare le modalità di

accoglienza delle stesse prevedendo che il tutto venga regolato da apposito decreto ex articolo L. 232-2 oltre che le relative deroghe in caso di capacità di accoglienza inferiore alla soglia precedentemente fissata.

A quanto già previsto dall'articolo L. 313-12 viene aggiunta la previsione che la convenzione pluriennale identifica le strutture all'interno delle quali sono somministrate le cure palliative e identifica per ciascuna di esse il numero di operatori addetti alle cure stesse, in modo da permettere una completa identificazione del numero di letti destinate a questo servizio.

Concludendo è necessario tornare alle origini che hanno portato alla proposta di questa legge; in un'intervista a Le Figaro concessa dal Ministro Douste-Blazy il 27 agosto 2004, Egli ben specifica lo spirito che ha animato il Suo lavoro.

In tale intervista il Ministro ribadiva la sua ferma intenzione a permettere "il diritto di morire nella dignità. Rispettare la vita è accettare la morte: i malati incurabili potranno scegliere la loro morte"

In questo modo, sempre secondo il Ministro "né eutanasia, né status quo". Per permettere questo (ed è lo scopo meritorio della legge) occorre "stabilire una frontiera intangibile tra le persone che non hanno più alcuna speranza di vita e le altre per le quali si conosce una speranza"

Ma quale è questo confine? Sempre per l'attuale Ministro della Sanità francese occorre riconoscere che "quando si ha la certezza che la malattia è irreversibile, si pone la scelta tra una cura di tipo chemioterapico di troppo o le cure palliative e l'iniezione di morfina". Per Douste-Blazy "in medicina esiste un momento nel quale la verità si impone, specie quando si sa che vi sono in prospettiva solo pochi giorni di vita".

Da medico quale Egli è, Douste-Blazy indica in termini pratici come "alla settima o all'ottava iniezione di morfina il sanitario sa che i centri respiratori saranno compromessi: in poche parole che si creerà il rischio di una completa interruzione di questa funzione. In questo modo se si procede con un accanimento terapeutico i malati andranno a temere l'arbitrarietà di una decisione medica che metterà fine alla loro esistenza attraverso un sistema di clandestinità poco compatibile con il rispetto della vita umana. Si intende quindi mettere fine all'ipocrisia attuale che è inaccettabile"

Per concludere le citazioni tratte dalla succitata intervista, il Ministro ha voluto ribadire il suo intendimento: "noi crediamo che esista il diritto del malato a rifiutare un trattamento inutile e irragionevole"

Come si può evincere, le motivazioni che hanno mosso verso questa scelta sono assolutamente di alto livello, al di là di un caso che scosse la coscienza pubblica francese (ci riferiamo al caso umano di Vincent Humbert che provocò un grande dibattito all'interno dell'opinione pubblica francese).

Dietro di esse si può cogliere il portato della cultura umanista che ha sempre caratterizzato la Francia, oltre che un pensiero, in linea generale, non contrario a quanto previsto dalla Chiesa Cattolica (si ricordi la citazione proposta all'inizio della nostra riflessione del Catechismo della Chiesa Cattolica). E' una legge che ha sicuramente il pregio di voler regolamentare un aspetto che assolutamente non si può pensare di lasciare senza un'espressa disciplina che ponga chiarezza.

E' una questione che sempre più, ogni giorno, si pone all'interno dell' Europa e nel mondo Occidentale in genere; i progressi medici che ogni giorno si riscontrano alcune volte fanno perdere la visione generale sulla vita e sulla morte, ponendo quasi un obiettivo di immortalità.

Dietro queste decisioni vi possono essere diverse situazioni e motivazioni: paura da parte del medico di vedersi un giorno accusato di non aver fatto tutto il possibile, parenti che, animati da una forma di egoismo (comprensibile sino a un certo punto) non si rendono conto di provocare nuovo e inutile dolore al loro caro prolungando una vita oramai giunta al suo termine, non volendo accettare questa inevitabile conclusione.

La legge in questione ha quindi il pregio di sollevare il velo su questi problemi e di voler eliminare, sono parole del ministro, "l'ipocrisia attuale"; tale provvedimento è quindi da considerarsi "pilota" e sicuramente in Europa, sia a livello di singoli Stati che di Istituzioni Comunitarie presto si dovrà arrivare a nuovi approfondimenti su questo argomento.

E' interessante notare anche lo spirito pratico che contraddistingue questa legge, specialmente attraverso il riconoscimento dell'importanza delle cure palliative favorendo un'espressa e precisa somministrazione attraverso

appositi presidi medici.

Tutto questo però non può far distogliere dai pericoli che la legge emanata contiene, in particolare quelli già evidenziati; occorre infatti ben specificare quali trattamenti medici possono essere interrotti su espressa richiesta del paziente (sia in forma diretta a voce o attraverso il c.d. "testamento biologico" oppure in via indiretta attraverso la "persona di fiducia") e quali assolutamente no.

A parere di chi scrive ad esempio l'alimentazione, l'idratazione sono trattamenti di cui non si può disporre un'interruzione sic et simpliciter, anche se eventualmente richiesti dal paziente in quanto porterebbero a una innaturale forma di interruzione dell'esistenza che nulla avrebbe di umano e che sicuramente introdurrebbe dalla finestra quanto si è voluto far uscire dalla porta, ossia una strisciante, pericolosa e ricca di sofferenza (e per questo inumana) eutanasia.

Forum di Quaderni Costituzionali

Forum di Quaderni Costituzionali