



COMITATO DIFENDIAMO I NOSTRI FIGLI

Prof. MASSIMO GANDOLFINI

Neurochirurgo e Psichiatra

Direttore Dipartimento Neuroscienze

Primario U.O. Neurochirurgia

Ospedale Poliambulanza Brescia

Presidente nazionale Associazione Family Day

Presidente Medici Cattolici Regione Lombardia

Intervento in audizione informale presso la Commissione Giustizia della Camera dei Deputati inerente la "Proposta di legge d'iniziativa popolare A.C. N.2" e il Disegno di Legge n.1586 "Modifiche alla legge 219/17 in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia".

Roma, 30 maggio 2019

Onorevole Signor Presidente e Onorevoli Deputati, grazie per l'opportunità che mi viene concessa. I due documenti in discussione – pur presentando qualche differenza – sono accomunati dal principio di fondo, cioè l'introduzione nel nostro ordinamento del "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.

Dichiaro l'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. Sottolineando, quindi, che si tratta di principi, valori e norme che non discendono direttamente dalla tradizione giudeo-cristiana (come spesso erroneamente si sente affermare), 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, davvero davanti ad un gravissimo 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.C2). Mi rifiuto di pensare di avere studiato 16 anni, 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 spegnere 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 davvero 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), 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 eutanassica, la stessa pianificazione della cura diventa una vera finzione (o farsa!), un film che si può spegnere in qualsiasi momento a prescindere da qualsiasi 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 il termine “terapia” come “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 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 eutanassico 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 eutanastico 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". E', ahinoi, 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 ponendo attenzione su due ultime riflessioni:

1. La tragica "banalizzazione" di un tema terribilmente delicato e pericoloso come il "diritto a morire", trasformato in un discorso da "bar sport". Siamo arrivati a legittimare l'eutanasia per "mal di collo e depressione" di una giovane concittadina siciliana 47enne! Si apre un pertugio e diventa una voragine, rotola un sasso e diventa una frana. E siamo alle porte della "eutanasia di stato" come i casi inglesi ci stanno vergognosamente dimostrando. Si afferma in modo perentorio il diritto di autodeterminazione del paziente fino all'eutanasia/suicidio; dunque, perché mai ci si sta opponendo vigorosamente alla "castrazione chimica" se richiesta dal soggetto che ha commesso crimini sessuali? Due pesi e due misure?
2. 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? (nei due ddl in esame, non viene neppure menzionata). Nel nostro Paese, assistiamo all'assurdo di aver garantita l'obiezione di coscienza in caso di sperimentazione su animali (legge 413/1993) e di negarla in caso di richiesta di morte per un uomo!

In un moderno stato civile di diritto, salvo in caso di guerra e di legittima difesa, NON E' AMMISSIBILE UNA RELAZIONE TRA PERSONE FINALIZZATA A PROVOCARE LA MORTE.

Mario Gualtieri