

L'intervento

IL SUICIDIO ASSISTITO SNATURA L'ATTO MEDICO

La morte di Domenico Zuccarella, primo suicidio medicalmente assistito la cui fase attuativa è stata interamente gestita dal servizio sanitario regionale lombardo, e la legge approvata in Veneto hanno riaperto il confronto sul fine vita. Nel dibattito nazionale manca però un elemento che, da medici, riteniamo fondamentale e che attiene al significato delle parole. Non appare banale che l'enciclica Magnifica Humanitas di papa Leone XIV si apra con l'immagine del crollo della torre di Babele. Nel racconto biblico, alla tracotanza degli uomini segue la confusione delle lingue. Nella letteratura più recente Orwell descrive, in 1984, la neolingua come lo strumento attraverso cui il regime modifica la storia e annulla le coscienze. Le parole hanno un peso e un significato. È allora necessario chiedersi quale sia il significato più profondo dell'espressione "suicidio medicalmente assistito", soprattutto quando ci viene detto che esso non coincide né con l'eutanasia, tuttora illegale in Italia, né con l'omicidio del consenziente, reato di cui l'Associazione Luca Coscioni aveva promosso l'abrogazione parziale mediante referendum popolare, dichiarato inammissibile dalla Corte costituzionale con sentenza n. 50 del 2022. E allora di cosa si tratta? Rispondere a questa domanda ha grande rilevanza per chi ha prestato il proprio giuramento professionale secondo il Codice deontologico tradizionale, assumendo l'impegno di «non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte», neanche su richiesta del malato. Ma affinché un suicidio sia "medicalmente assistito", con procedura gestita dal sistema sanitario, come avvenuto in Lombardia, occorre che un medico prescriba il farmaco letale, che il sistema sanitario procuri l'apparecchiatura più idonea alla auto-somministrazione, e che, nel caso, per esempio, di un malato paraplegico impossibilitato a muovere se non gli occhi, sempre un sanitario posizioni un accesso venoso utile all'autosomministrazione del farmaco letale. Usando una metafora, ci viene richiesto di accompagnare per mano il malato sulla sommità del palazzo, aiutarlo a porsi sul parapetto e osservarlo mentre si lancia giù, ritenendo di non essere partecipi della sua morte. Non sappiamo se chi propone che questa procedura venga legalizzata sia realmente convinto che il medico possa assistere in tal modo un atto suicidario senza esserne eticamente partecipe e deontologicamente responsabile. Se lo è, probabilmente è già vittima della confusione delle lingue. Perché, al di là delle differenti qualificazioni giuridiche, resta una domanda alla quale non possiamo sottrarci: la distinzione tra eutanasia e

suicidio medicalmente assistito è altrettanto netta sul piano etico e deontologico? Se il medico prescrive il farmaco letale, il sistema sanitario lo mette a disposizione e presta l'assistenza indispensabile perché la morte possa verificarsi, possiamo davvero sostenere che il medico rimanga estraneo all'atto, soltanto perché l'ultimo comando è impartito dal paziente? Perché facciamo tanta fatica a porci questa domanda? Forse perché edulcorare le parole è più confortevole. Se "l'utero in affitto" lo chiamiamo "gestazione per altri" la procedura rimane identica, ma assume l'aspetto di un gesto altruistico. Allo stesso modo il termine "suicidio medicalmente assistito" può confortare chi ritenga di aiutare il malato a porre fine a un dolore estremo, senza esserne responsabile. In Italia il dibattito sull'eutanasia si confronta con un ordinamento costituzionale che colloca il diritto alla vita in una posizione apicale tra i diritti della persona. Tanto è vero che godiamo i vantaggi di un sistema sanitario universalistico che offre cure gratuite a tutti. Introdurre l'eutanasia vorrebbe dire snaturare il sistema sanitario nella sua missione, modificare il Codice deontologico medico e dichiarare che da questo momento in Italia il principio di autodeterminazione vale più della tutela della vita. È una scelta. Ma bisogna esserne consapevoli e comprendere pienamente la posta in gioco. Le conseguenze dell'introduzione dell'eutanasia tra i diritti esigibili le possiamo vedere nei Paesi in cui è legalizzata e dovrebbero indurre il legislatore alla prudenza: un ricorso crescente da parte di chi si sente un peso per una società sempre più individualista, con l'asticella degli aventi diritto che si sposta sempre un po' più su, a comprendere depressi, minori, ultrasessantenni in salute e, domani forse, anche i senzatetto e i pazienti con Alzheimer. È lecito domandarsi dove venga fissato il limite e, soprattutto, se quel limite sia destinato a rimanere immutabile. Soprattutto in un Paese dove l'offerta di cure palliative copre appena il 30% della popolazione che ne avrebbe bisogno, limitando la libertà di scelta. Di certo ci conforta sapere che legalizzare l'eutanasia non è un modo per ridurre i costi sociali delle cronicità e dell'invecchiamento, consentendo a chi resta di godere di più risorse. Non lo fanno per questo. Dicono. E le parole, si sa, hanno un peso.

Nunzia Decembrino, neonatologo

Giuliana Ruggieri, chirurgo



Peso: 21%

Carlo A. Adami, chirurgo vascolare
Marcello Ricciuti, palliativista
Commissione Sanità ed etica della cura
Network "Ditelo sui Tetti"

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso:21%