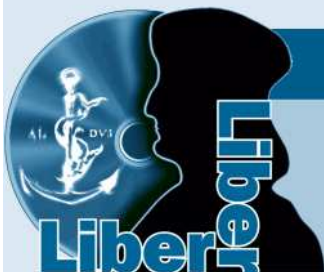


Progetto Manuzio



Paolo Buzzanca e Donatella Corleo

**Deus vult
manuale per l'eutanasia**



www.liberliber.it

Questo e-book è stato realizzato anche grazie al sostegno di:

E-text

Editoria, Web design, Multimedia

<http://www.e-text.it/>

QUESTO E-BOOK:

TITOLO: Deus vult : manuale per l'eutanasia

AUTORE: Buzzanca, Paolo e Corleo, Donatella

TRADUTTORE:

CURATORE:

NOTE: si ringraziano gli Autori e la casa editrice DoraMarkus,

<http://www.doramarkus.it/>, per averci fornito il testo e concesso il diritto di pubblicazione.

DIRITTI D'AUTORE: sì

LICENZA: questo testo è distribuito con la licenza specificata al seguente indirizzo Internet:

<http://www.liberliber.it/biblioteca/licenze/>

TRATTO DA: "Deus vult : manuale per l'eutanasia"

a cura di Paolo Buzzanca e Donatella Corleo, Doramarkus, Palermo, 2003

CODICE ISBN: 88-88350-04-7

1a EDIZIONE ELETTRONICA DEL: 11 settembre 2000

INDICE DI AFFIDABILITA': 1

0: affidabilità bassa

1: affidabilità media

2: affidabilità buona

3: affidabilità ottima

ALLA EDIZIONE ELETTRONICA HANNO CONTRIBUITO:

Piergiorgio Welby, dragoblue@libero.it

Paolo Buzzanca

Donatella Corleo

REVISIONE:

Piergiorgio Welby, dragoblue@libero.it

Paolo Buzzanca

Donatella Corleo

PUBBLICATO DA:

Marco Calvo, <http://www.marcocalvo.it/>

Informazioni sul "progetto Manuzio"

Il "progetto Manuzio" è una iniziativa dell'associazione culturale Liber Liber. Aperto a chiunque voglia collaborare, si pone come scopo la pubblicazione e la diffusione gratuita di opere letterarie in formato elettronico. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito Internet: <http://www.liberliber.it/>

Aiuta anche tu il "progetto Manuzio"

Se questo "libro elettronico" è stato di tuo gradimento, o se condividi le finalità del "progetto Manuzio", invia una donazione a Liber Liber. Il tuo sostegno ci aiuterà a far crescere ulteriormente la nostra biblioteca. Qui le istruzioni: <http://www.liberliber.it/sostieni/>

Deus vult
manuale per l'eutanasia

a cura di
Paolo Buzzanca e Donatella Corleo

Un corpo senz'anima

Questo libretto sull'eutanasia vorrei fosse per tutti noi uno strumento di lotta e di libertà per il diritto alla dolce morte, senza dolore, per ciascuno di noi e un *j'accuse* alla classe politica talebana di ogni schieramento che costringe a morire in violazione dei Diritti Fondamentali dell'Uomo e in violazione del Codice di Deontologia dei Medici e in violazione di un semplice sentimento di umana e cristiana *pietas*.

Dagli appunti per un intervento di mio figlio Emiliano:

“Gli ultimi sette mesi della mia vita hanno visto il coincidere di più aspetti.

Una triste vicenda personale, la morte differita di mio padre e un'entrata in politica come candidato della lista Bonino e come portavoce del dramma che la mia famiglia stava vivendo.

Il Partito Radicale funzionò come un pronto intervento per i diritti lesi. Insieme abbiamo messo in parole una massa informe di rabbia, brutalità, impossibilità di fare e pensare ciò che si ritiene giusto, abbiamo costruito una battaglia: il nostro dramma privato è esploso, le nostre conoscenze, i nostri pensieri sono diventati patrimonio comune. Lo strumento per raggiungere l'obiettivo è il corpo di mio padre, un corpo senz'anima e quotidianamente violato, unito nel dramma a quello mio, di mio fratello, di mia madre; strumento di conoscenza e fattore di un possibile miglioramento del reale attraverso il quale le vite possano essere ripensate individualmente prima, collettivamente poi; strumento attraverso il quale sia data ad ognuno la possibilità di decidere di se stesso e della propria vita.

Uno strumento di libertà, alla fine, ma che svuota, che rende vane le fatiche e le sofferenze, che banalizza un desiderio di cambiamento e, decretando la tua impotenza di fronte alla sofferenza, denobilita i tuoi sforzi”.

Gabriella Gazzea Vesce

Prefazione

*Sola nel mondo eterna, a cui si volge
ogni creata cosa,
in te, morte, si posa
nostra ignuda natura;
lieta no, ma sicura*

Giacomo Leopardi

Leopardi filosofo coglie il legame inscindibile che unisce la vita alla morte. Morte che nessuno vorrebbe per sé o vorrebbe dare agli altri (“lieta no”...) ma che resta l’ultima possibile via di fuga quando la vita non è più vita (“ma sicura”).

La domanda che sempre più pressante si leva dalle stanze dove gli SVP (pazienti in stato vegetativo permanente) sopravvivono o piuttosto simulano le funzioni vitali grazie a macchinari respiratori, sonde, cateteri e manipolazioni difficilmente immaginabili dai non addetti ai lavori è una domanda di liberazione e rispetto per una vicenda umana giunta a termine, è la muta richiesta di restituire la morte alla morte, di rinunciare alla volontà di potenza di una scienza autoreferente e che i progressi tecnologici stanno spingendo lungo uno *slippery slope* che, trascurando la visione olistica dell’uomo, si limita ad una sterile quanto inumana applicazione di raffinate tecniche. Anche altri percorsi obbligati, di patologie incurabili ed inguaribili che segnano la resa dell’uomo di fronte alla inevitabilità della morte, vengono prolungati artificialmente e trasformati in tragiche quanto inutili performance di “durata”. Sempre più medici si interrogano sulla legittimità del loro operare, sulla “moralità” di alcuni interventi che, senza restituire una speranza di guarigione, dilatano a dismisura i tempi delle agonie. Tutti abbiamo sentito parlare di accanimento terapeutico, tutti abbiamo letto o siamo venuti a conoscenza di persone in coma irreversibile che da anni vegetano in quella terra di nessuno che è la vita-non-vita legata ad un ventilatore polmonare e ad una PEG (alimentazione endogastrica). Tutti abbiamo pensato che, nelle stesse condizioni, avremmo preferito la morte. Non solo i medici ma anche il mondo dell’etica si è posto la domanda sulla liceità di un diritto alla morte. Ecco l’opinione del filosofo H.G. Gadamer: “ Si ha questo diritto, perché si è uomini liberi e perché lo scopo della terapia medica presuppone la persona; presuppone quindi che si abbia a che fare con un uomo il cui volere deve esser rispettato. In questo senso non mi sembra affatto difficile rispondere alla domanda. Nella prassi diviene però molto più difficile poiché il morire, l’agonia stessa, è un lento paralizzarsi della libera possibilità di decidere in cui l’uomo vive come uomo consapevole e sano ”. Gli Stati stessi si sono dovuti confrontare con il problema dei problemi: quando sospendere o rinunciare alle terapie rianimatorie o di supporto alle funzioni vitali? . Dall’Olanda all’Australia i legislatori hanno cercato di dare delle regole che, tradotte in leggi, tutelino il diritto ad una piena ed accurata assistenza medica ma che, al contempo, abbiano ben presente che ogni terapia medica presuppone la persona. In Italia le tematiche che riguardano l’inizio e la fine della vita sono gravate dalla pesante ipoteca posta dal Vaticano, il quale, prescindendo da ogni considerazione di carattere scientifico o che si voglia ispirare ad una visione laica, si erge quale unico depositario di una verità indiscutibile che trae la sua legittimazione direttamente da Dio e che così possiamo riassumere: la vita è un dono di Dio e solo Dio ha il diritto di decretarne l’inizio e la fine . Il risultato di questa visione confessionale dell’esistenza si risolve in un occultamento ipocrita e spesso vergogno-

so dell'eutanasia che viene lasciata all'iniziativa dei medici, o alla disperazione dei famigliari. Un fai-da-te sul quale spesso si chiudono ambedue gli occhi e, quando un caso arriva in tribunale trova giudici che gesuiticamente trovano dei cavilli che, pur assolvendo l'imputato, evitano di fare la necessaria chiarezza. Quello che si vuole è una legge sull'eutanasia, una legge che giovandosi delle esperienze di altre legislazioni vigenti ne eviti i possibili eccessi e ne esalti le prudenze e le tutele. Al Vaticano si può rispondere con il "buonsenso" e con il documento sul Sinodo del 1998 della Chiesa Evangelica Valdese che così conclude i suoi lavori: "Il medico che si rende disponibile al suicidio assistito o all'eutanasia non commette un crimine, non viola alcuna legge divina, compie un gesto umano, di profondo rispetto, a difesa di quella vita che ha un nome e una storia di relazioni" .

Piergiorgio Welby

Il caso Vesce

Marco Pannella su Emilio Vesce

Il corpo che fu di Emilio Vesce, forte e dolcissimo compagno e amico, è ora reso all'umanità; al suo nome, a quanti amò e lo amarono, a Gabriella, a Auri, a Emiliano. Ma in Italia migliaia di altri corpi restano barbaramente sequestrati, privi di vita e di morte. Renderli all'umanità è obbligo; urgenza anche civile. O - se così non fosse - davvero la pietà sarebbe morta in ognuno di noi sulla terra italiana. A sproposito si è parlato di un problema di eutanasia, o no. Si trattava, invece, di una sorta di millantato accanimento terapeutico che nessuna legge può autorizzare, perché nessuna legge può prevedere il dilagare della barbarie per la quale in questo momento migliaia di corpi sono profanati, torturati, offendendo la vita dei viventi, imponendo loro atroci sentimenti e condizioni di esistenza.

Di terapeutico non v'era assolutamente nulla. Non v'era assolutamente nulla da curare, da lenire, da mantenere in vita; solamente alcuni organi da mantenere in funzione.

Dal corpo di Emilio, dalla vita di questo nostro compagno tanto vita comune, sale un annuncio: lotteremo perché situazioni, barbarie come questa che la famiglia e noi abbiamo denunciato, sia sconfitta. E ce la faremo. Con il 4% o no. Anche se dovessimo, al solito, fare i conti con il 100% del potere italiano, regno degli ingiusti.

Roma, 12 maggio 2001

Il diritto contro l'accanimento

Il Manifesto 11-5-2002

Caso Vesce - Stati Vegetativi Persistenti: vittime di accanimento terapeutico? Violazione dei diritti della persona? Violazione del Codice deontologico?

È importante una corretta informazione su eutanasia e accanimento terapeutico, dibattito che in Italia si sta aprendo per depenalizzare l'eutanasia (medici che aiutano un malato consenziente a mettere fine alla propria vita con una "dolce morte", non dovrebbero essere considerati colpevoli di omicidio).

Il caso del signor Forzatti ha poco o nulla a che vedere con l'eutanasia: quando si parla di eutanasia si deve intendere la "morte di sé", nessuno la può chiedere per una persona diversa da sé. Purtroppo la disinformazione, la confusione, le mistificazioni creano solo paure e tabù.

In una trasmissione di *Porta a Porta*, persino il professor Manheimer (e non me lo sarei mai aspettato da un professionista) ha clamorosamente sbagliato la domanda: "Lei praticerebbe l'eutanasia a un suo familiare?". Errore davvero, grossolano, per non parlare poi dell'onorevole Mussolini, dell'onorevole Turco: non è corretto parlare di eutanasia, pensando e riferendosi sempre alla morte degli altri. E non di eutanasia si tratta quando si paventa lo sterminio praticato dallo stato nazista dei disabili, o ci si riferisce a bambini, vecchi (gli "altri", sani o terminali?), con una leggerezza e ignoranza davvero colpevoli in parlamentari della Repubblica, come se la parola "eutanasia" volesse significare omicidio di "altri" per comodità, interesse, crudeltà.

No.

L'eutanasia, per ciascuno di noi, è la richiesta (o meno) di porre fine a una tragedia senza speranza, quando la morte (che capita a tutti nella vita) può essere dolce, la morte di sé.

È errato scrivere nei giornali: "Assolto per eutanasia praticata alla moglie..". Il signor Forzatti è stato assolto (in appello) perché ha impedito la continuazione di un accanimento terapeutico, costretto dalla disperazione a fare quello che i medici sarebbero stati obbligati a fare.

La Corte d'appello di Milano ha deciso che non c'era reato. Il reato, paradossalmente, è stato sventato dal signor Forzatti che ha interrotto una situazione di accanimento che si andava perpetrando su sua moglie, per rispettarne la vita e le volontà. Un atto disperato d'amore.

Sappiamo anche che altri giudici, altre corti, pilatescamente, non riescono a decidere nulla sul caso di Eluana Englaro, da dieci anni in SVP, abbandonando i familiari in una specie di girone infernale di situazione kafkiana.

Abbiamo visto, sempre su *Porta a Porta*, il ricordo dell'onorevole Andreatta: certamente i familiari ritengono di rispettare le volontà del professor Andreatta, e hanno il diritto e la libertà di farlo.

Con i miei figli, con l'aiuto determinante, umano, politico e fondamentale di Marco Pannella e dei radicali (che insieme all'associazione Exit da anni sono impegnati per l'introduzione in Italia della legge su testamento di vita e depenalizzazione dell'eutanasia) con Emilio, per il rispetto della sua vita, del suo impegno nella difesa dei diritti e della libertà, abbiamo ritenuto un imperativo morale portare alla luce la situazione incredibile e atroce che vivono le persone in Stato Vegetativo Persistente e i loro familiari per una battaglia politica di civiltà.

Le persone in SVP "condannate a non morire" e i loro familiari "condannati a non vivere", imprigionati a impedire la decomposizione e deformazione del corpo della persona amata (che è già morta) e che mai avrebbe voluto vivere senza coscienza e senza speranza, complici anch'essi atrocemente e disperatamente di accanimento - privati del diritto di piangere una morte - vivono per mesi, anni, una condizione di quotidiana follia, che provoca malattia, sensi di colpa, non-vita.

Ci si deve domandare se l'accanimento terapeutico in Italia è un reato, un peccato, un errore, o malasanità.

Proprio a partire dai casi come quello di Emilio, di Eluana, della signora Forzatti, del professor Francesco De Ponte (in SVP da tre anni e diversi mesi) e di moltissime altre persone e dei lo-

ro familiari: è lampante la violazione dei diritti fondamentali della persona e del codice di deontologia dei medici.

Ma di chi è la responsabilità?

C'è una completa, totale irresponsabilità delle istituzioni, una grave latitanza della politica, e bugie, segreti, confusioni nell'informazione.

Se pilatescamente, forse in buona fede, non si nascondessero e mistificassero queste atrocità, se a un procuratore venisse in mente di aprire una inchiesta sulle condizioni delle persone ricoverate nei reparti speciali Comi, forse le Assicurazioni dei medici si potrebbero trovare nella situazione del clero americano, a dover pagare miliardi di risarcimenti ai familiari delle persone in SVP, vittime di malasanità.

Il ministro Sirchia sta temendo e forse (cheché ne pensi l'onorevole Mussolini) corre ai ripari proponendo una specie di "testamento di volontà". Il ministro Sirchia, medico, scienziato, ricercatore: "assolutamente contrario all'eutanasia e assolutamente contrario all'accanimento terapeutico", scopre l'acqua calda, mette le mani avanti conoscendo perfettamente il codice di deontologia dei medici.

A Padova il reparto speciale Comi dell'ospedale geriatrico in un anno è passato da dodici posti letto a sedici, ed è in programma l'apertura di un altro reparto di venti posti letto (sorvolo sulla violazione dei diritti del malato in questi reparti). Altre persone in SVP sono ricoverate (a pagamento) negli istituti per anziani non autosufficienti, altre ricoverate nei reparti di Medicina generale. Da quando abbiamo scoperto questa realtà, che non si può nemmeno lontanamente immaginare se non la si vive personalmente, i miei figli, io, i nostri amici, giriamo con in tasca una "disposizione di volontà" che dice: "Se dovessi trovarmi in SVP desidero vengano rispettati gli artt. 14-32-34 del Codice di deontologia, desidero donare gli organi".

La diagnosi di SVP per le persone colpite da anossia cerebrale (secondaria a infarto, arresto cardiaco) è possibile (per la sempre più sofisticata strumentazione diagnostica) in tempi sufficientemente brevi; più tempo occorre per i traumi cranici, perché il danno cerebrale può essere, per fortuna, anche limitato, o parziale o reversibile (e anche in sempre più rari casi c'è un margine di errore di diagnosi, e poi ci sono anche i miracoli).

Riporto qui tre articoli del Codice deontologico:

Art. 14 - Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 32 - Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente [...]

Art. 34 - Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

I casi delle persone in SVP e dei loro familiari - per i progressi scientifici e tecnologici e per la medicina d'emergenza - sono emblematici e inquietanti. I progressi scientifici, i 118 usati come clave: "disumanizzazione" della sanità, "frantumazione della persona, considerata un insieme di organi", "espropriazione delle proprie volontà", "delirio di onnipotenza", "irresponsabilità delle istituzioni", "latitanza della politica", "assenza di pietas umana e cristiana". Quotidianamente i medici hanno a che fare con la morte, decidendo di praticare o no terapie, interventi, e loro compito è curare e guarire le persone, e accompagnarle, se non c'è più speranza di cura o beneficio della qualità della vita, nella maniera più dolce e indolore possibile alla morte, molti lo fanno, altri no, si pensa di poter "distruggere la morte".

L'eutanasia passiva corrisponde semplicemente alla morte naturale, senza accanimenti, e possibilmente (l'Italia è molto in ritardo nella terapie palliative) alleviando il dolore.

Nelle strutture sanitarie il cardiologo, il nefrologo, l'infettivologo, lo pneumologo curano e guariscono organi di una persona decerebrata (caso Vesce); poi, senza che i familiari siano informati sulla effettiva gravità del danno cerebrale e sulla prognosi, si praticano (senza chiedere il consen-

so a nessuno) due operazioni chirurgiche (tracheotomia per respirare, gastrotonomia per l'alimentazione) per poter "stabilizzare" una persona in Stato Vegetativo Persistente e poterla trasferire in un reparto speciale Corni dove viene "custodita" per anni, a costi economici per la collettività molto elevati, ma che sono nulla se confrontati ai costi umani e sociali.

L'apertura e l'espansione di questi reparti, la loro stessa esistenza, pongono alla classe medica, alla classe politica pressanti e urgenti assunzioni di responsabilità.

La depenalizzazione dell'eutanasia, la legalizzazione del testamento di vita (Living Will) è fondamentale e vitale per ciascuno di noi, non ha colori politici, è trasversale, e il calvario della morte di Emilio, il caso Vesce, potrebbe servire ad aprire un dibattito onesto e la riflessione per una battaglia di civiltà, di pietà umana e cristiana, per il rispetto della libertà, dei diritti e della vita di ciascuno, e perché i medici possano contare su norme certe.

Ma io sono d'accordo con l'eutanasia?

Certamente sì per la depenalizzazione, anche se spero di non doverla chiedere, e di morire (perché mi toccherà) senza soffrire, ma voglio avere anche la possibilità di essere aiutata, se non potessi più sopportare la vita. Contro l'accanimento e una vita vegetati va, porto sempre con me, nel tesserino sanitario, il bigliettino con le mie volontà, per le strutture e i medici che dovessero avermi in cura.

Gabriella Gazzea Vesce

Radical-shock

Mentre le Italiane e gli Italiani firmavano un effimero armistizio con celluliti, glutei over size, pance e doppi menti e si apprestavano a lanciare una carica alla Balaclava non contro le postazioni russe e i cannoni ma verso le insalate russe e i cannoli, da Radio Londra, anzi da Radio Bruxelles l'uomo più ricercato dagli 007 italici, il pericolo numero uno, la Primula Rossa di Porta Portese, affidava all'etere un messaggio. Il meno politically correct dei politici o il più humanly correct -fate voi- ha parlato di EUTANASIA! Ne ha parlato senza retorica, senza compiacimento, senza falsi pudori ma con pudore. Non ha giocato con lo jo-jo della vita-non-vita, ha fatto agli ascoltatori e forse a se stesso una affermazione sconvolgente nella sua semplicità : il re è nudo! E nuda è la morte rimandata, i rantoli che dilatano un tempo che non dà più tempo. Il re è nudo! E nudi sono i Tartufi che si scandalizzano se dei medici agendo secondo scienza-coscienza ammettono di aver "staccato-la-spina ". Ma da Tartufi quali sono si scagliano contro qualsiasi proposta di legge. Il re è nudo! E nudi e indifesi sono i malati terminali che vorrebbero morire senza dover maledire il momento in cui sono venuti al mondo. E più nudi di tutti sono i terminali Italiani. Perché in Italia si soffre inutilmente ed è più difficile morire? Non so rispondere, o meglio, non voglio rispondere. Sono certo che tutti conoscono la risposta .Vorrei però che leggeste questa ANSA - MILANO, 15 NOV - Davanti al 90% dei medici negli Stati Uniti e al 79% di quelli europei, gli anestesisti rianimatori italiani sono quelli che meno di tutti, al di sotto del 10%, fermano ogni intervento terapeutico nei casi in cui le cure non servono più e il malato é a uno stadio terminale. Questo "atteggiamento estremamente conservativo" del mondo medico italiano, rispetto a quello di altri Paesi é il "vero dato importante e significativo". La cosa vi sconcerta, vi getta nel panico e vi sentite impotenti? Correte ad iscrivervi a Radicali italiani il solo partito il cui leader carismatico abbia avuto il coraggio o l'incoscienza di chiedere una legge sull'eutanasia la notte di Capodanno.

Piergiorgio Welby

Primo giorno di scuola

Ieri nella mia stanza, durante il primo incontro telematico di *Diritti e Rovesci*, ho “respirato” un’aria da primo giorno di scuola. Vecchi compagni e compagni nuovi...Da parte mia, tanto imbarazzo e incertezza, voglia di approfondire le conoscenze, di rivolgere un’infinità di domande. L’imbarazzo mi è passato quando, in tutti, ho sentito vibrare lo stesso entusiasmo. Per la mia decisione di iscrivermi a Radicali italiani fu determinante un appello che Marco lanciò dai microfoni di Radio radicale durante il suo sciopero della sete. Disse, pressappoco, queste parole: comunque la pensiate, qualunque sia la vostra appartenenza politica, se vi riconoscete anche in una sola delle battaglie radicali, fatela vostra, battetevi con noi, siate anche radicali . C’è poco da aggiungere, se pensate che valga la pena battersi anche per battaglie che, pur non toccandovi direttamente, ritenete degne e civili come ad esempio l’eutanasia, la legalizzazione del Testamento biologico, ma anche battaglie per la vita, una ricerca libera dalle pastoie ideologiche, da niet confessionali, ebbene, date alla vostra vita un valore aggiunto, iscrivetevi ed operate in prima persona per incidere sulla realtà. Noi abbiamo il senso della finitudine, il senso della precarietà, sappiamo di nascere e vediamo che gli altri muoiono e poi ad un certo punto realizziamo che anche noi moriremo. Che senso ha tutto questo? Questo mondo è in continuo divenire? Ma la cosa importante non è tanto farci un’immagine del mondo, ma è di dare un senso a questo mondo con il nostro agire. Trovate che il mio sia un discorso irragionevole? Se sì, ne sono felice perché gli uomini ragionevoli accettano il mondo com’è, quelli irragionevoli si ostinano a cambiarlo. Il risultato è che il mondo è fatto da uomini totalmente irragionevoli.

Piergiorgio Welby

Il caso Italia

Proposta di legge di iniziativa popolare
promossa dai radicali e presentata al Parlamento da Giuliano Pisapia

Legalizzazione dell'eutanasia

I sottoscritti cittadini italiani presentano - ai sensi dell'art. 71, comma secondo della Costituzione ed in applicazione della legge 25 maggio 1970, n. 352 e successive modificazioni - la seguente proposta di legge:

RELAZIONE

Onorevoli Parlamentari,

Nell'ambito delle problematiche poste dall'esercizio dell'attività sanitaria, il principio della libera scelta dell'individuo, cioè della libertà di decidere liberamente da sé per quanto riguarda la propria salute, il proprio corpo, costituisce il presupposto del diritto dell'individuo di poter disporre della propria esistenza di fronte a prospettive terapeutiche proposte dal sanitario.

Tale principio di libertà e diritto di autodeterminazione dell'individuo rispetto alla propria esistenza, ha come conseguenza che ogni tipo di intervento sanitario che non sia richiesto, o che non abbia il consenso della persona interessata deve considerarsi illecito (art. 5 Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, approvata dal Consiglio d'Europa nel 1997).

Pertanto da una parte c'è il dovere del sanitario di non intervenire senza prima avere informato sulle condizioni di salute in cui l'individuo si trova e sulle terapie alle quali deve essere sottoposto e le possibili conseguenze, dall'altra parte vi è il diritto del paziente ad esprimere un valido consenso.

Il consenso informato (informed consent) deve trovare pieno riconoscimento giuridico, come esplicitamente deve essere interpretato e come chiaramente recita l'art. 32, II comma, della Carta Costituzionale italiana (nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana).

Così l'art. I della L. 23/12/1978 n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, I comma: "La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana".

Il Codice di deontologia medica - ultima stesura data 1998 - sancisce il diritto del malato a ricevere tutte le informazioni su diagnosi, prognosi, prospettive, alternative terapeutiche e su qualsiasi conseguenza delle scelte e decisioni prese (art. 30) e all'art. 34 afferma il dovere del medico di attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Purtroppo nel nostro Paese il malato continua spesso a non essere informato debitamente e sufficientemente; altresì il medesimo viene ad essere escluso dalla richiesta e informazione relativamente alle procedure di diagnosi e terapie cui dovrebbe essere sottoposto.

Sebbene la legge 31/12/1996 n. 675 tuteli determinate problematiche, tuttora sussiste (a fin di bene) una certa complicità tra il medico curante e i familiari a protezione della persona malata che viene, di fatto, esclusa da scelte e soluzioni che dovrebbero essere solo ed esclusivamente un suo diritto sulla base del principio di autodeterminazione.

Nessuno, proprio nessuno, deve e può decidere o prendere soluzioni che riguardano l'esistenza di un'altra persona senza che questa ne sia informata o perlomeno consenziente.

Il diritto di libera scelta e il diritto di autodeterminazione dell'individuo di poter scegliere e disporre della propria esistenza, vengono espresse in una disposizione di volontà che EXIT Italia, Associazione italiana per il diritto ad una morte dignitosa, suole chiamare testamento biologico - living will.

Le disposizioni di volontà espresse dall'individuo, in un momento delle sue piene facoltà mentali e fisiche di intendere e di volere, tramite questo atto formale sottoscritte controfirmate da testimoni e da un fiduciario, devono essere accettate e applicate, qualora vengano a verificarsi le condizioni previste nel testamento biologico. Tale testamento acquista validità giuridica al pari di un qualsiasi testamento di natura patrimoniale, in quanto espressione di quel diritto di autodeterminazione e di diritto di scelta della propria esistenza anche nella sua fase finale.

Qualora la persona che abbia lasciato le sue disposizioni venga a non trovarsi più in grado di esprimersi, la persona fiduciaria, nominata nello stesso testamento biologico, deve esercitare i diritti e le facoltà del sottoscrittore relativamente a quanto espresso nella dichiarazione stessa.

Nel caso in cui non sia stato espresso il nominativo della persona fiduciaria sarà consentito il ricorso al Giudice tutelare per provvedere alla nomina.

Qualora poi dovessero sorgere divergenze tra le scelte operate dai sanitari e la volontà espressa dal dichiarante, la soluzione della controversia è demandata al Giudice del tribunale del luogo dove si trova la persona malata, che dovrà decidere secondo le procedure d'urgenza prevista dal codice di procedura civile artt. 669 sexies segg.

La decisione del Giudice sarà comunque vincolata alla volontà espressa dalla persona, nel momento in cui era nel pieno delle facoltà d'intendere e di volere. Il problema del diritto a morire, del diritto ad una morte dignitosa ed umana, allo stato attuale del progresso conoscitivo è sempre più diffusamente sentito sia nel mondo laico che in quello religioso cattolico e non cattolico.

Se si parla di autodeterminazione da parte del malato molto dipende certamente dal progresso culturale e morale, dalla maggiore sensibilità ad ogni diritto della persona e all'individuazione di questi diritti con l'esigenza di assicurare la maggiore dignità alla vita di ognuno durante tutta la sua esistenza e quindi anche nella sua fase conclusiva.

La dignità del nascere è un diritto acquisito.

Il diritto del vivere è un diritto acquisito.

La dignità del morire è un diritto che questo progetto di legge si propone di far diventare un diritto acquisito, attraverso il rispetto e l'applicazione di quelle disposizioni di volontà che una persona capace ha sottoscritto.

Non ha alcun senso prolungare malattie che restano pur sempre irreversibili con sofferenza crescente fisica e morale del paziente, destinate comunque a concludersi con la morte: in questi casi non si prolunga la vita, ma si prolunga lo stesso processo della morte, che così non appare più un passaggio naturale, come avveniva per il passato quando i mezzi per ritardare la morte restavano limitati e quasi imm modificati nei secoli.

Attualmente con i mezzi a disposizione si è in grado di mantenere in vita, se così si può dire, individui privi di ogni autonomia per lunghi periodi. Se la loro utilizzazione è giustificata quando vi è una prospettiva di recupero, quando la malattia è irrimediabile contribuiscono soltanto a cambiare il modo di morire: procrastinando e prolungando il morire, nascondono la morte.

Proposta di legge

I sottoscritti cittadini italiani presentano - ai sensi dell' art. 71, comma secondo della Costituzione ed in applicazione della legge 25 maggio 1970, n. 352 e successive modificazioni -la seguente proposta di legge:

ARTICOLI

Articolo I (Informazione)

Ogni individuo maggiorenne giuridicamente capace ha il diritto ad essere informato, in modo completo e comprensibile, riguardo alla diagnosi e alla prognosi delle patologie da cui è affetto, alla natura, ai benefici e ai rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche prospettate, nonché

alle opportunità terapeutiche alternative. L'obbligo ad informare non sussiste soltanto nel caso di indicazione contraria da parte dei soggetti interessati.

Articolo 2 (Consenso)

Gli individui di cui all' articolo 1 della presente legge hanno il diritto di prestare o negare il proprio consenso relativamente a qualsiasi trattamento sanitario sia loro prospettato. La prestazione o la negazione del consenso di cui al comma 1 è sempre vincolante per gli operatori e per le strutture sanitarie, anche qualora ne derivasse un pericolo per la salute o per la vita del soggetto interessato.

Articolo 3 (Suicidio assistito e eutanasia)

Gli individui di cui all' articolo 1 della presente legge, nel caso di malattia terminale oppure di malattia grave, gravemente invalidante e irreversibile, hanno il diritto di scegliere le modalità della propria morte e di chiedere l'assistenza di un medico per porre termine alla propria esistenza.

Articolo 4 (Dichiarazione di volontà)

Per dichiarazione di volontà si intende quell'atto formale di autodeterminazione (c.d. testamento biologico o direttive anticipate), sottoscritto liberamente e volontariamente, con 'cui l'individuo, nella pienezza delle sue facoltà, detta le sue volontà riguardo ai trattamenti sanitari nonché agli atti di cui all'articolo 3. La dichiarazione di volontà di cui al comma 1 del presente articolo è vincolante e rimane valida anche nel caso in cui il soggetto interessato abbia perso la propria capacità.

In caso di ricovero ospedaliero, la dichiarazione di volontà di cui al presente articolo deve essere allegata alla cartella clinica.

La dichiarazione di volontà di cui al presente articolo è sempre revocabile dal soggetto interessato.

Ogni individuo capace nomina un fiduciario, il quale, nel caso sopravvenga uno stato di incapacità naturale, garantisca l'adempimento delle indicazioni contenute nella dichiarazione di volontà.

Qualora un individuo si trovi in stato di incapacità naturale e sia venuto meno il fiduciario, il Giudice Tutelare provvede alla nomina di un nuovo fiduciario, su segnalazione di chiunque sia venuto a conoscenza della situazione.

Articolo 5 (Regolamento di attuazione)

Le procedure e le modalità di esercizio dei diritti di cui all'articolo 3 e all'articolo 4 comma 1 sono stabilite da un regolamento di attuazione, da emanarsi con decreto del Ministro della sanità entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

Articolo 6 (Obiezione di coscienza)

Gli operatori sanitari non sono tenuti a partecipare a procedure e atti finalizzati al trattamento eutanasi e al suicidio assistito di cui all'articolo 3, qualora sollevino obiezione di coscienza, previa dichiarazione resa al responsabile della struttura sanitaria;

La dichiarazione di cui al comma 1 del presente articolo può essere resa o revocata in qualsiasi momento e con effetto immediato.

Articolo 7 (Modifiche degli articoli 579 e 580 del codice penale)

Non sono punibili per i delitti previsti dagli articoli 579 e 580 del codice penale gli operatori sanitari che compiano gli atti di cui all'articolo 3 della presente legge.

Giuliano Pisapia - Progetto di legge n. 7338

Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza - 3 ottobre 2000

Art.1.

Ogni persona capace di intendere e di volere ha il diritto di scegliere di interrompere volontariamente la propria sopravvivenza nel caso di malattia con prognosi infausta e pervenuta alla fase terminale.

Art.2.

1. La scelta prevista dall'articolo 1 deve risultare da una dichiarazione scritta avente data certa e con sottoscrizione autenticata nelle forme di legge, che diviene vincolante e rimane valida anche nel caso in cui il firmatario abbia perso la propria capacità di intendere e di volere;

2. In caso di ricovero ospedaliero la dichiarazione è allegata alla cartella clinica. Se la dichiarazione è resa durante il ricovero, la sottoscrizione è autenticata dal direttore sanitario.

3. Nella dichiarazione deve essere indicato un fiduciario incaricato di dare attuazione alle disposizioni in essa contenute nel caso di sopravvenuta incapacità del dichiarante. Se il fiduciario per qualsiasi motivo non adempie all'incarico, il giudice tutelare, su segnalazione di chiunque abbia conoscenza della situazione, provvede alla nomina di un nuovo fiduciario.

4. La dichiarazione è revocabile in qualunque tempo anche oralmente.

Art. 3.

Non è punibile per i delitti previsti dagli articoli 579 e 580 del codice penale chi attua le disposizioni contenute nella dichiarazione di cui all' articolo 2 della presente legge.

Medici e ministri

In un articolo pubblicato su *La Repubblica* del 14-7-2000 leggiamo la seguente dichiarazione dell'allora ministro della Sanità Umberto Veronesi: "L'eutanasia è un problema che esiste e le leggi non danno nessuno spazio a questo argomento. Come medico ho il compito di prolungare al massimo la vita e come cittadino rilevo che il problema invece esiste e che di fatto si realizza nella vita quotidiana nelle cure per i malati terminali. Tanto vale parlarne, quindi – ha concluso Veronesi - e non considerarlo un tabù". Vietata sotto ogni forma. Punita dal codice penale come omicidio del consenziente con pena da sei a quindici anni, l'eutanasia in Italia è richiesta e, pare, praticata più di quanto si voglia ammettere.

Nello stesso numero del giornale si fa riferimento, infatti, allo studio della Fondazione Floriani, secondo il quale su 386 medici che operano nel campo delle cure palliative (sui 680 contattati), il 39% ha ricevuto richieste dai propri pazienti in stadio terminale (tutti assistiti a domicilio) per essere aiutati morire. Di questi malati, 16 sono riusciti ad ottenere l'assistenza per la dolce morte, il 4% del totale. Si tratterebbe della stessa percentuale di malati che anche in altri Paesi riesce ad ottenere in qualche modo un' assistenza per porre fine alle proprie sofferenze. Dallo studio è emerso che si tratta di eutanasia attiva, di situazioni, cioè, in cui il medico è intervenuto direttamente somministrando al paziente un farmaco che lo ha fatto morire.

Questa notizia, identica nella sostanza a quella che verrà pubblicata con ben altro effetto sul *Corriere della Sera* del 12 novembre 2002, non ha sollevato grandi polemiche. I ministri continuano a comportarsi come se il problema non esistesse. Categorica è la dichiarazione del ministro della Giustizia, Castelli, che afferma "di non avere nessuna intenzione di affrontare il tema dell'Eutanasia, a cui si dichiara profondamente contrario" (30 settembre 2002).

Sirchia, su *La Stampa* dell' 11 novembre 2002, anticipando le notizie che tanto spazio avranno sul *Corsera*, ribadirà che in ogni caso è contrario all'eutanasia.

Ma a scuotere l'opinione pubblica questa volta è proprio il prestigioso giornale di Milano, che all'eutanasia dedica ampio spazio a partire da una ricerca proveniente, almeno questa volta, da fonti insospettabili. .

Infatti ci troviamo di fronte ad un'indagine condotta dai ricercatori di bioetica dell'Università Cattolica di Milano, in 20 ospedali della città, sull'eutanasia attiva e passiva. L' 80% ammette di avere staccato la spina!

Un questionario particolareggiato, di oltre cento domande, è stato sottoposto a 259 rianimatori: il 3,6% ha dichiarato di avere volontariamente somministrato farmaci letali.

Secondo Emilio Coveri, presidente di *Exit*, la percentuale dichiarata è molto al di sotto della realtà e parla addirittura del 25% di medici disponibili.

Sui risultati della ricerca Piergiorgio Welby ha detto:

"Chissà quante persone, leggendo questo articolo del *Corsera*, si saranno meravigliate e, forse, scandalizzate. Noi dell'associazione *Diritti & rovesci per tutte le libertà Emilio Vesce* non ci siamo né meravigliati né scandalizzati. Per noi non è mai stato un mistero che in Italia si permette e si tollera una sorta di "eutanasia occulta" affidata all'umanità dei singoli medici o, molto spesso, alla disperazione dei famigliari. Un'eutanasia sottratta ad ogni regolamentazione, ad ogni percorso chiaro ed identificabile. L'opinione pubblica, anestetizzata dai Buttiglione, dai Berlinguer, dagli Sgrecchia e da tutti gli altri tartufi alla Molière, è convinta che una legge sull'eutanasia infrangerebbe il tabù della sacralità della vita. Non è vero, questo tabù è già violato, una legge verrebbe a mettere "ordine" in un contesto di arbitrii che, di fatto, esiste. Come nel divorzio e nell'aborto sono i Radicali italiani, che ancora una volta si battono per consegnare alla legge una situazione di illegalità."

È il caso di ricordare, a questo punto, che nel documento della Commissione per la protezione dell' ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori del Parlamento europeo, si dice: "Mancando palesemente qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sia sul piano psicologico sia sul piano medico, e ogni qual volta un malato pienamente cosciente chieda, in modo insistente e continuo, che sia fatta cessare un'esistenza priva per

lui di qualsiasi dignità, ed un collegio di medici, costituito all'uopo, costati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta deve essere soddisfatta senza che, in tal modo, sia pregiudicato il rispetto della vita umana".

Paolo Buzzanca

Dichiarazione di Luca Coscioni

presidente di Radicali Italiani e persona con sclerosi laterale amiotrofica, sulla morte di Diane Pretty

“Ciao Diane, purtroppo sei morta come non volevi, cioè soffocata, così come tutte le persone con sclerosi laterale amiotrofica. Anche la Corte Europea dei Diritti Umani non ti ha riconosciuto il diritto di morire, quando e come avresti voluto. Sono con te, siamo con te e con chi ti ama. Spero tanto che gli anatemi dei sedicenti difensori della vita non vengano più scagliati contro chi, come te, vorrà ricorrere all'eutanasia. Girolamo Sirchia, Rocco Buttiglione e Monsignor Elio Sgreccia, tre, fra molti integralisti cattolici, sono in realtà paladini del martirio e della morte, e non tengono conto di molte cose. La sclerosi laterale amiotrofica, malattia che mi ha colpito sette anni fa, è una patologia forse curabile mediante le cellule staminali embrionali, contro le cui ricerche si sono scagliati i tre cavalieri dell' Apocalisse.

Questa malattia terribile aveva reso la signora Pretty completamente paralizzata, muta, con gravissima insufficienza respiratoria, che avrebbe potuto, in qualsiasi momento, provocarle la morte per soffocamento. Diane Pretty non poteva mangiare, per questo le era stato aperto un buco all'altezza dello stomaco. Le sue facoltà intellettuali così come le sue funzioni sessuali e sfinteriche erano intatte. Diane Pretty comunicava, così come me, grazie ad una tastiera vocale e si definiva uno spirito libero. Grazie a questa tastiera vocale aveva espresso la volontà di morire, con l'aiuto del marito e chiaramente non in modo cruento, ma dolce.

Il ministro Sirchia ha dichiarato di non essere favorevole all'accanimento terapeutico. Così come l'eutanasia non ha nulla in comune con la terapia del dolore. Il ministro Buttiglione ha invece disumanamente osservato che il diritto al suicidio esiste già. In altre parole la signora Pretty, quando mani e braccia le funzionavano ancora, avrebbe potuto tranquillamente, per Rocco Buttiglione, darsi fuoco. Un rogo sì, una morte dignitosa no. Buttiglione, contrario al divorzio, contrario all'aborto, contrario alla ricerca sulle cellule staminali, contrario all'eutanasia, è però favorevole ai roghi, al rogo di Diane Pretty, purché avvenga nell'intimità delle mura domestiche, lontano dai riflettori, purché il dibattito ed il confronto politico non abbiano luogo. Infine, Elio Sgreccia e il Vaticano non avrebbero dovuto scagliare anatemi religiosi contro la signora Pretty. Prevalga, ora almeno, in chi si professa credente, il silenzio della preghiera.”

12 giugno 2002

Chiesa Evangelica Valdese

Documento sull'eutanasia

L'eutanasia e il suicidio assistito

A cura del Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza, nominato dalla Tavola Valdese, composto da persone appartenenti alle chiese evangeliche e attive nell'ambito della ricerca, dell'università e della chiesa.

Sul presente documento il Sinodo del 1998 si è espresso con un proprio atto.

Premessa

Il dibattito sull'eutanasia e il suicidio assistito si è notevolmente ampliato negli ultimi anni interessando sempre più da vicino tanto il grande pubblico quanto le categorie coinvolte nella cura dei malati inguaribili.

Il presente documento intende approfondire questa delicata materia. Il primo capitolo contiene la spiegazione dei termini impiegati nel dibattito e precisa il loro significato. Successivamente il documento espone lo stato del dibattito. In terzo luogo esso passa in rassegna le situazioni cliniche nelle quali il problema si pone. Il quarto capitolo discute alcuni orientamenti e proposte e l'ultimo capitolo infine esamina più da vicino gli aspetti di ordine etico e pastorale emersi nei punti precedenti.

Due sono le argomentazioni di maggior rilievo: la prima si appella al rispetto per l'autonomia del paziente (numeri 2.8 e 5.6); la seconda estende il concetto di cura fino a includervi l'aiuto offerto a chi intende morire dignitosamente (numeri 4.3 e 5.4).

1 - Definizioni

1.1 L'eutanasia può essere definita in senso lato come qualsiasi atto compiuto da medici o da altri, avente come fine quello di accelerare o di causare la morte di una persona. Questo atto si propone di porre termine a una situazione di sofferenza tanto fisica quanto psichica che il malato, o coloro ai quali viene riconosciuto il diritto di rappresentarne gli interessi, ritengono non più tollerabile, senza possibilità che un atto medico possa, anche temporaneamente, offrire sollievo.

1.2 L'eutanasia attiva consiste nel determinare o nell'accelerare la morte mediante il diretto intervento del medico, utilizzando farmaci letali (ad esempio un barbiturico ad azione rapida che induce il coma e una dose elevata di cloruro di potassio, che determina l'arresto cardiaco). Questo è il significato che attribuiremo al termine eutanasia nel proseguimento della discussione.

1.3 Il suicidio assistito indica invece l'atto mediante il quale un malato si procura una rapida morte grazie all'assistenza del medico: questi prescrive i farmaci necessari al suicidio (si tratta in genere di barbiturici o di altri forti sedativi o ipnotici) su esplicita richiesta del suo paziente e lo consiglia riguardo alle modalità di assunzione. In tal caso viene a mancare l'atto diretto del medico che somministra in vena i farmaci al malato.

1.4 Il termine eutanasia passiva viene invece utilizzato per indicare la morte del malato determinata, o meglio accelerata, dall'astensione del medico dal compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita stessa: un esempio potrebbe essere rappresentato dall'astensione dal trattare con terapia antibiotica un malato di demenza di Alzheimer, oppure un neonato gravemente deforme, con breve aspettativa di vita, colpito da polmonite. In realtà, sarebbe opportuno non utilizzare il termine eutanasia in tal senso; è invece preferibile in questo caso parlare di astensione terapeutica.

1.5 In altri casi i medici devono ricorrere, per mantenere in vita una persona, all'impiego di apparecchi meccanici oppure alla nutrizione totale mediante sonda o fleboclisi o ad entrambi i mezzi. Si definisce allora come sospensione delle cure la decisione di fermare questi interventi, con il risultato della morte dell'individuo, peraltro in tempi non sempre rapidi.

1.6 La morte può anche essere causata o accelerata dall'impiego in dosi massicce di farmaci, come ad esempio la morfina o i suoi derivati, somministrati allo scopo di alleviare sintomi quali il dolore o la dispnea. In questi casi la morte non è la conseguenza di un atto volontario del medico, ma piuttosto un effetto collaterale del trattamento.

2 - Stato del dibattito

2.1 In oncologia, l'argomento trova sempre più spesso spazio nelle riviste specializzate e nei congressi medici. Fra il 1991 e il 1996 è possibile identificare 296 citazioni sul suicidio assistito in riviste oncologiche, mentre nel decennio 1981-1990 le citazioni erano solo 21. Nel numero di febbraio 1997 del *Journal of Clinical Oncology*, organo ufficiale dell' *American Society of Clinical Oncology*, troviamo un editoriale e due articoli sul suicidio assistito. Questo dato è particolarmente interessante, specie se si aggiunge alla crescente frequenza con cui è possibile trovare tale argomento nei programmi dei più importanti congressi di oncologia, in quanto fino a pochi anni fa esso non trovava posto in sedi dove la discussione riguardava esclusivamente le procedure diagnostiche e i protocolli terapeutici delle malattie neoplastiche.

2.2 A questi dati occorre poi aggiungere quelli riguardanti altre malattie croniche, specialmente le patologie neurologiche come il morbo di Alzheimer e le gravi lesioni permanenti del sistema nervoso.

2.3 Si può in generale rilevare quindi un crescente interesse verso il termine della vita, focalizzato soprattutto sulla qualità del periodo terminale della vita e del morire.

2.4 Non c'è alcun dubbio sul fatto che si vada intensificando la percezione che le tecnologie mediche sempre più complicate e costose siano in grado di allungare la vita, ma non necessariamente di migliorarne la qualità.

2.5 È interessante rilevare come la discussione porti sempre in primo piano il ruolo del medico nel porre termine anticipatamente alla vita. Il problema quindi non è tanto se sia lecito o no troncarsi volontariamente la vita, ma se sia lecito che il medico assista il malato nel suicidio o procuri la morte con un atto deliberato. Ciò comporta un profondo mutamento nel ruolo del medico stesso, che si trasforma da chi agisce esclusivamente per tenere in vita il suo paziente il più a lungo possibile in chi svolge un ruolo attivo nel procurare la morte, quando non vi siano più possibilità di conservare al paziente una dignitosa qualità di vita. È questo aspetto del problema che sembra incontrare la più fiera opposizione negli ambienti medici.

2.6 D'altro canto, si rilevano prese di posizione contrarie all'eutanasia e al suicidio assistito fondate su argomenti giuridici, poiché la giurisprudenza in vigore nella maggior parte dei paesi considera tali atti come veri e propri omicidi; nella particolare situazione del suicidio assistito, mentre l'atto del suicidarsi non è mai considerato un reato, lo è invece il prestare aiuto, il facilitare il suicidio stesso.

2.7 Sul piano più strettamente etico, uno degli argomenti che ricorrono più spesso nelle argomentazioni contrarie all'eutanasia, è certamente quello che si richiama alla "sacralità" della vita: per un'etica religiosa essa è data all'uomo da un Creatore che è il solo a poterne disporre e non è lecito alla creatura intervenire attivamente per abbreviare anche di poco la sua durata. Solo Dio è padrone della vita e della morte. Ma anche un'etica non esplicitamente radicata nella religione fa talvolta riferimento all'intoccabilità della vita, implicitamente riconoscendole un valore sacro e in qualche modo "soprannaturale".

2.8 Contro queste argomentazioni si situa il diritto del malato di poter decidere di porre termine a un'esistenza divenuta intollerabile. Egli chiede perciò al medico di esercitare le sue conoscenze non più per mantenerlo in vita, ma per condurlo rapidamente e in maniera indolore alla morte.

2.9 In realtà, poiché molteplici e complesse sono le situazioni di fronte alle quali ci si trova, è necessario esaminare le condizioni nelle quali può sorgere la richiesta di eutanasia o di suicidio assistito.

3 - Situazioni cliniche

3.1 I malati di cancro sono le persone dalle quali più spesso può venire la richiesta di eutanasia o di assistenza al suicidio. Molti tumori maligni sono oggi suscettibili di essere trattati con diverse modalità terapeutiche: la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia, da sole o in combinazione, oppure in sequenza, sono in grado di prolungare notevolmente la vita dei malati di tumore, anche se il numero di quelli guaribili è ancora decisamente basso. Come conseguenza, nella maggior parte dei casi, questi malati vivono con la loro malattia per diversi anni, sottoponendosi a trattamenti rilevanti, che causano a loro volta disturbi (si pensi alle menomazioni prodotte da alcune chirurgie demolitive, oppure agli effetti collaterali della radioterapia e della chemioterapia). Nel momento in cui il tumore si diffonde progressivamente nell'organismo, esso determina l'insorgere di sintomi molto gravi: dolori spesso intensissimi, estrema debolezza, vomito, dispnea, paralisi e perdita di controllo degli sfinteri. Anche se le cure palliative correttamente impiegate sono in grado di controllare in parte questi sintomi, qualche volta il dolore o la dispnea sono tali che i farmaci a disposizione hanno solo degli effetti parziali. In questo stadio il paziente può considerare il suo stato intollerabile e richiedere al medico di intervenire per accelerare la morte.

3.2 La condizione dei malati di Aids è esemplificativa degli atteggiamenti possibili di fronte alla certezza della morte e alla previsione abbastanza precisa di quanto ci si può attendere nel resto della vita. Si tratta di persone consapevoli del fatto che la loro malattia può in certi casi essere prolungata per alcuni anni. Dopo un periodo anche abbastanza lungo di sieropositività, esse andranno soggette ad infezioni opportunistiche e a diverse forme di tumore maligno con effetti devastanti sulle condizioni di vita, fino alla fine.

3.3 La malattia di Alzheimer ha in genere un decorso di molti anni dal momento dell'esordio, caratterizzato da una perdita della memoria specie per i fatti recenti. Nell'evoluzione della malattia, le facoltà intellettuali si deteriorano progressivamente. Tuttavia, le persone colpite sono in grado di condurre, per tre o più anni, una vita relativamente piena. Solo negli stadi terminali si assiste a una totale incapacità di svolgere le funzioni vitali più elementari. È importante rilevare come in questo caso, come nelle forme più rare di demenza senile e presenile, non ci si trovi in pratica mai di fronte a un'esplicita richiesta di affrettare la morte. Piuttosto, è possibile che il medico debba decidere se ottemperare o meno ad un testamento biologico (living will) nel quale l'individuo abbia espresso in anticipo il desiderio di non essere curato per prolungare l'esistenza in una simile situazione.

3.4 In altre malattie neurologiche a decorso inaggravante, come la sclerosi multipla e la sclerosi laterale amiotrofica, si assiste a una progressiva perdita delle capacità motorie dell'organismo. Eventi improvvisi, in genere dovuti a disturbi circolatori, possono analogamente rendere impossibile qualsiasi movimento tranne quello degli occhi. La persona colpita diventa quindi incapace di svolgere anche le più elementari funzioni della vita, come spostarsi, mangiare, provvedere all'igiene e ai bisogni corporali, mentre le facoltà intellettuali restano perfettamente integre. Di qui può scaturire la decisione consapevole del malato di richiedere al medico di porre termine alla sua esistenza.

3.5 Situazioni abbastanza simili si possono osservare anche nel corso di altre gravi malattie croniche, come l'artrite reumatoide. In tutti questi casi si assiste a quello che viene in genere indicato come un "grave impedimento cronico". La gravità dell'impedimento è naturalmente un dato difficilmente quantificabile: una persona affetta da una devastante forma di artrite deformante, che le impedisca di svolgere un'attività professionale sulla quale si concentri tutto l'interesse dell'esistenza, può ritenere il suo stato più intollerabile di quanto non lo avverta invece un individuo che svolga un'attività prevalentemente intellettuale e che si trovi immobilizzato in un letto.

3.6 I rapidi progressi delle tecniche di rianimazione e delle terapie intensive consentono di mantenere in vita anche per lunghi periodi di tempo individui che hanno subito gravi lesioni cerebrali. Essi dipendono totalmente dalle macchine per la respirazione e da sonde gastriche per la nu-

trizione. Molto spesso le funzioni cerebrali sono in queste persone totalmente e irreversibilmente distrutte e non esiste alcuna prospettiva di un seppur minimo recupero. Si parla allora di "stato vegetativo persistente". Le decisioni richieste ai medici curanti riguardano in questi casi la sospensione delle tecniche rianimatorie: in pratica, il paziente è "lasciato morire".

3.7 Esistono poi molte situazioni nelle quali il medico non si trova di fronte a vere e proprie malattie gravemente invalidanti o a sintomi fisici intollerabili, ma che ugualmente possono determinare in una persona il nascere e il consolidarsi della convinzione che la sua vita si sia esaurita e non vi sia alcuna ragione di prolungarla ulteriormente. Si pensi in particolare alla situazione degli anziani, i quali spesso presentano gravi e multiple limitazioni delle capacità fisiche e psichiche, accompagnate dalla sensazione di essere "di peso" ai familiari. In queste circostanze un'eventuale richiesta di eutanasia ha da essere valutata con estrema cautela, anche perché spesso nasconde sintomi di depressione, curabili sia farmacologicamente, sia con un supporto psicologico.

4 - La ricerca di orientamenti

4.1 Da un lato, la sospensione delle cure alle persone che si trovano in uno stato vegetativo persistente, è stata ritenuta eticamente accettabile in molte sentenze emesse da diverse corti di giustizia, specie nei paesi anglosassoni. Non sempre, tuttavia, la morte in questi casi segue immediatamente la sospensione delle terapie, specie quando questa riguarda l'eliminazione della nutrizione e della somministrazione di liquidi: l'ammalato può morire per il digiuno e la disidratazione, fra sofferenze facilmente immaginabili. È quindi giustificato chiedersi in quale misura sia più accettabile lasciar morire una persona, piuttosto che accelerarne la morte con un'iniezione di farmaci letali.

4.2 Le maggiori controversie riguardano naturalmente l'eutanasia (attiva) e l'assistenza al suicidio. Di solito ci troviamo di fronte a persone che la medicina ha tenuto in vita per lunghi periodi, grazie a tecnologie sempre più complesse. Queste persone hanno consapevolmente accettato i trattamenti che il medico ha loro proposto: è comprensibile che gli possano chiedere, quando egli abbia chiaramente spiegato che la medicina non è più in grado di controllare i sintomi, non solo di sospendere ogni altra inutile cura, ma di intervenire attivamente per accelerare la morte, in modo indolore e rapido. Quando siano rispettate le condizioni di libera scelta, non esiste alcun valido motivo per costringere una persona a prolungare una sofferenza che egli reputa inutile e disumana.

4.3 L'opposizione della maggior parte dei medici, sulla base del loro dovere di fare tutto il possibile per mantenere in vita il malato, a praticare l'eutanasia, andrebbe riconsiderata alla luce di un concetto di medicina che comprende anche l'imperativo di evitare inutili sofferenze. Coloro che praticano la medicina hanno il dovere di applicare nel modo più completo ed efficiente le conoscenze e le tecnologie a disposizione. Occorre tenere sempre presente che simili strumenti non sono fini a se stessi, ma sono da utilizzare nell'ottica di una cura globale del paziente inteso come totalità della persona e pertanto essi possono essere impiegati per abbreviare sofferenze non altrimenti eliminabili.

4.4 Come si è accennato in precedenza, uno degli argomenti ricorrenti contro l'eutanasia e il suicidio assistito è quello della sacralità e intangibilità della vita. È certamente vero che la vita rappresenta il valore supremo che va rispettato e salvaguardato come tale. Tuttavia è lecito chiedersi che cosa si intende esattamente e correntemente per vita. Esiste una condizione biologica, rappresentata dall'insieme delle funzioni biochimiche cellulari, dalla riproduzione cellulare, dal funzionamento dei vari organi. Queste funzioni, seppure con complessità crescente dagli organismi unicellulari fino ai primati e al genere umano, sono fundamentalmente simili in tutti gli esseri viventi. Ciò che distingue la vita umana è l'insieme delle esperienze, delle relazioni con le altre persone, delle gioie, dei dolori e delle sofferenze, delle speranze nel futuro, delle attese, degli sforzi per rendere degna e umana la vita. In altri termini, è necessario distinguere la vita biologica dalla vita biografica: quando la vita biografica cessa, come nel caso di uno stato vegetativo persistente, oppure diventa intollerabile, come nelle malattie terminali, deve essere presa in considerazione l'eventualità di porre termine alla vita biologica.

4.5 L'introduzione nella prassi medica e nella legislazione di una qualche forma di liceità dell'eutanasia e del suicidio assistito suscita il timore di uno scivolamento verso altre forme di accelerazione della morte anche in persone inconsapevoli o non consenzienti. La società potrebbe incamminarsi su un pericoloso "pendio scivoloso" (slippery slope), al termine del quale potremmo accettare di sopprimere legalmente anziani, disabili, disadattati. Poiché la bioetica nasce dopo la seconda guerra mondiale e dopo gli orrori del nazismo, il vivo ricordo delle esperienze della Germania hitleriana esercita senza dubbio una forte influenza nel generare e rendere vivi e presenti questi timori: il periodo nazista viene considerato come la prova dello scivolamento dall'eutanasia volontaria a quella involontaria e alla progressiva erosione di ogni regola etica. In realtà la politica dei nazisti nei confronti dei deboli, dei malati e in genere degli individui ritenuti non adatti alla nuova società ariana fu iniziata e attuata violando il codice penale tedesco e suscitò la reazione, peraltro inutile, del ministero della Giustizia. Questa politica non ha nulla a che vedere con l'idea e la pratica dell'eutanasia com'è oggi intesa. Non si hanno notizie di casi di eutanasia volontaria richiesta da malati di cancro o da persone affette da malattie croniche nella Germania di Hitler. Pertanto, utilizzare questo argomento per opporsi all'eutanasia sembra perlomeno poco fondato storicamente e scorretto sul piano dialettico, poiché tende ad accostare due fenomeni radicalmente diversi.

4.6 La posizione dell'opinione pubblica al riguardo ha subito negli ultimi anni significativi mutamenti. Nell'Oregon (Usa) nacque nel 1987 la Hemlock Society, un'organizzazione no-profit, che sponsorizzò nel 1991 la presentazione di una proposta di legge in favore del suicidio assistito al Senato di quello Stato. La proposta non fu mai discussa, ma nel 1994 i cittadini dell'Oregon approvarono, con una maggioranza del 52% di voti favorevoli, la legge oggi nota come "Death with Dignity Act", che consente ai medici di prescrivere i farmaci necessari al suicidio a favore di un paziente, purché egli sia cittadino dell'Oregon, abbia una previsione di vita non superiore a sei mesi e vi sia il parere favorevole di altri due medici. In un referendum svoltosi nel novembre 1997 i cittadini dell'Oregon, questa volta con una maggioranza del 60% a favore, hanno respinto una proposta d'abrogazione della legge. Molti medici si sono espressi contro tale legge. Una posizione nettamente contraria è stata presa dall'American Medical Association. Non è ancora chiaro come e in che misura essa sarà applicata, anche perché la Drug Enforcement Agency (Agenzia di controllo sui farmaci) ha minacciato di sospensione della licenza i medici che prescriveranno farmaci per aiutare un paziente a commettere suicidio. È in ogni modo interessante rilevare che sulla stampa specializzata degli Usa sono state numerose le prese di posizione sostanzialmente favorevoli alla legge e critiche nei confronti dei medici, accusati di scegliere di prolungare le sofferenze degli ammalati piuttosto che farsi coinvolgere in una scelta indubbiamente difficile.

4.7 Al Parlamento europeo l'on. Léon Schwartzenberg ha presentato, come relatore, un Documento di lavoro nel luglio 1990 e un Progetto di relazione nel febbraio 1991, sull'assistenza ai malati terminali, nei quali l'eutanasia attiva e il suicidio assistito sono visti come possibilità accettabili e rispettose della dignità e dell'autonomia dei pazienti. I due documenti non risultano essere stati ulteriormente discussi.

4.8 Con riferimento all'esperienza dei Paesi Bassi, occorre anzitutto ricordare che per il codice penale olandese l'eutanasia è considerata un crimine, ma è trattata in una sezione separata del codice. La legislazione attuale trae origine da una serie di avvenimenti e processi iniziati nel 1973, anno di fondazione della Società olandese per l'eutanasia volontaria. Nel 1985 la Commissione di stato sull'eutanasia propose di emendare il codice penale in modo tale che la morte provocata a una persona su esplicita e ripetuta richiesta di questa non fosse considerata un crimine a condizione di essere data nel contesto di buona pratica medica e che la condizione del malato fosse senza possibilità di miglioramento. Questa proposta non fu mai accolta come tale e il codice penale non fu mai modificato. Bisogna ricordare che l'Associazione medica olandese ha ripetutamente espresso parere favorevole all'eutanasia e queste prese di posizione hanno influenzato non poco le decisioni del Parlamento.

4.9 Nel 1991 la Commissione Rammelink riportò al Parlamento che i casi d'eutanasia andavano stimati fra 2.000 e 8.000 l'anno e segnalò circa 400 casi di suicidio assistito. Le richieste di

eutanasia erano circa tre volte più numerose di quelle praticate: in due terzi dei casi quindi era stata trovata dal paziente e dal medico una scelta alternativa all' eutanasia, oppure il malato era deceduto prima della sua messa in atto.. In circa 1.000 casi i medici segnalavano di aver praticato l'eutanasia senza esplicita richiesta del paziente. Fino al 1990 i casi di eutanasia segnalati dai medici olandesi erano relativamente pochi: nel 1990 ne furono segnalati 454, nel 1994, 1.424. Contemporaneamente sono nettamente diminuiti i casi sottoposti a procedimento penale: da due su dieci segnalati nel 1983 a quattro su 1.322 nel 1992.

4.10 Questi mutamenti rilevanti sono senza dubbio conseguenti alla nuova normativa in vigore in Olanda, attuata dal governo olandese a partire dal 1990 e trasformata in legge il 10 giugno 1994. Secondo questa normativa, il medico che opera l'eutanasia deve rispettare precise condizioni: vi deve essere una ripetuta, confermata, volontaria richiesta da parte del malato; lo stato del paziente deve essere così grave da rendere intollerabile la sofferenza e non vi deve essere più alcuna possibilità di intervento medico; prima di praticare l'eutanasia il medico deve consultarsi con un collega esperto, che non abbia prima avuto in cura il paziente. Dopo la morte del paziente, il medico segnala il caso all'autorità giudiziaria: solo il procuratore del distretto può decidere se sono stati rispettati i criteri previsti e di conseguenza autorizzare la sepoltura senza intraprendere un procedimento penale nei confronti del medico.

4.11 L'evoluzione delle norme sull' eutanasia in Olanda costituisce un esempio di come un contesto culturale particolarmente attento agli interessi di tutte le componenti sociali (la gran maggioranza dei cittadini dei Paesi Bassi da tempo si è dichiarata favorevole alla depenalizzazione dell' eutanasia) e una posizione aperta e non dogmatica della professione medica possono consentire di raggiungere su questioni drammatiche delle soluzioni accettabili. È pur vero che sono segnalati circa 1.000 casi l'anno di eutanasia su pazienti che non avevano espressamente indicato la loro volontà in tal senso; essi devono certamente preoccupare e far riflettere; ma il fatto che si conoscano i termini del problema consente di intervenire per ridurli e se possibile eliminarli. Essi non stanno comunque ad indicare che l'Olanda si sia incamminata su un pendio scivoloso: possiamo, infatti, supporre che casi del genere si verificassero ben prima che la nuova normativa fosse accettata e che una pratica simile esista anche nei paesi nei quali l'eutanasia non è accettata.

4.12 L'eutanasia e il suicidio assistito, praticati in un contesto di precise regole e di controlli validi, ma non vessatori, nei confronti tanto del paziente quanto del medico, costituiscono un' espressione di libertà dell'individuo nel momento in cui egli giudica che la medicina non sia più in grado di migliorare il suo stato e che l'esistenza, ulteriormente prolungata, sarebbe intollerabile. È opportuno sottolineare come, in definitiva, solo l'essere umano pienamente cosciente sia in grado di decidere se la propria vita sia ancora degna di essere vissuta; donne e uomini sono responsabili delle loro vite e delle loro scelte e nessuno, medico, istituzione religiosa o società, può in ultima analisi imporre l'obbedienza a valori non condivisi.

4.13 Tenendo conto di tutto quanto detto in precedenza, una ponderata depenalizzazione dell' eutanasia e del suicidio assistito non implicano necessariamente rischi incontrollabili per la società; conseguentemente dovremmo evitare di esprimere la nostra opinione in conformità a principi astratti e valori nei quali non tutti i cittadini di un paese sono tenuti a riconoscersi

4.14 L'espressione di libertà implicita nella richiesta di eutanasia presuppone una completa e adeguata informazione e discussione fra medico e paziente sullo stato della malattia e sulle prospettive di vita e di morte, sempre che il paziente desideri essere informato fino in fondo sulle proprie condizioni. Non è immaginabile parlare di eutanasia quando, come avviene spesso in un contesto culturale quale quello italiano, si dicono al malato pietose bugie o gli si concedono mezze verità, ergendogli intorno una barriera che vorrebbe essere di protezione e che invece non fa altro che sottrarre al paziente dignità e libertà (quando non ha lo scopo principale di evitare ai familiari e al medico l'imbarazzante compito di affrontare con il malato argomenti sui quali essi non sono assolutamente preparati a discutere).

4.15 Certamente l'esperienza degli altri paesi e in particolare dell'Olanda, che ha depenalizzato l'eutanasia, deve essere studiata e trasferita in altre realtà sociali con estrema cautela. Rite-

niamo tuttavia che anche per l'Italia sia giunto il momento di affrontare la questione e di iniziare un cammino anche legislativo che stimoli la discussione tanto nell'opinione pubblica quanto nell'ambito dei medici, delle professioni sanitarie e delle chiese.

5 - Considerazioni etiche e pastorali

5.1 Da un punto di vista pastorale la distinzione tra eutanasia attiva e astensione terapeutica è importante e merita di essere sottolineata. L'astensione terapeutica infatti rispetta, pur non completamente, il tempo di attesa della morte, con una sua propria ritualità che l'accompagnamento pastorale conosce dalla tradizione. L'eutanasia attiva invece non rispetta questo tempo di attesa, ma lo anticipa. E questo anticipare implica un'azione diretta, immediata, da parte dell'intervento medico, che deve essere assunta in tutte le sue implicazioni.

5.2 Se l'etica medica può motivare e giustificare la sua azione sulla base di valutazioni antropologiche generali, è possibile motivare e giustificare questa stessa azione da un punto di vista pastorale? Quali argomenti possono essere adottati, in un'ottica etico-pastorale, per confutare o accettare la domanda del malato grave e la disponibilità del medico al suicidio assistito?

5.3 A queste domande non è facile dare risposte esaurienti. Probabilmente non esistono risposte esaurienti, né per chi intende motivare la scelta per l'eutanasia attiva, né per chi intende confutarla. Il conflitto tra principi e norme è sempre largamente soggettivo. Ciò che può permettere di dire di sì alla richiesta di un malato grave di interrompere la sua vita può nascere soltanto da una profonda relazione con il suo stato di sofferenza e di dolore. L'accoglienza di una domanda di suicidio assistito può essere assunta da un accompagnamento pastorale che tiene aperta la dimensione di conflittualità che tale decisione implica, per il malato inguaribile, per il medico, per la figura pastorale, per i familiari. Una conflittualità che tuttavia non può sottrarsi all'insistenza della domanda e alla percezione del dolore e della sofferenza che esigono una risposta nel qui e ora. Non si tratta di cercare giustificazioni o legittimazioni all'azione che si compie per difendere il "diritto alla vita" di chi vuole poter morire. Si tratta piuttosto di prendere atto che non vi sono giustificazioni etiche e pastorali dirimenti per opporre un rifiuto di principio. Ciò a cui non si può sfuggire è la domanda che l'altro mi rivolge con insistenza e che io percepisco in tutta la sua gravità.

5.4 Fino ad oggi, in ambito cristiano, a parte alcune eccezioni, è prevalso un giudizio negativo nei confronti dell'eutanasia attiva. Esso si fonda sulla Bibbia e soprattutto sulla morale cristiana, e si riassume nell'affermazione che Dio solo è colui che dà la vita e la può togliere, da cui l'affermazione dell'intangibilità o della "sacralità" della vita. Intervenire in questa relazione di vita e di morte vorrebbe dire "prendere il posto di Dio". Ma significa veramente sostituirsi a Dio accogliere la domanda di un malato grave che intende porre termine alla sua vita? Si sottrae a Dio una parte della sua signoria sul mondo e sulla vita accogliendo la richiesta di un malato grave di poter morire? O si mette in questione il potere acquisito dalla medicina moderna di mantenere in vita un corpo che produce dolore senza più poter accedere a un senso della vita? E ancora, dietro a questa onnipotenza della medicina non si nasconde una difficoltà ad affrontare la propria morte?

5.5 L'etica cristiana e la pastorale devono fornire delle risposte credibili di fronte alla sofferenza e al dolore, devono assumerli fino in fondo, senza divagare, senza proiettarli irresponsabilmente in una dimensione di autoreddenzione. La sofferenza e il dolore non producono salvezza, sono dimensioni dell'esistenza umana da accettare, ma anche da combattere, in sé non hanno nulla di positivo. Ma ciò non va confuso con il fatto che molte persone si aprono alla fede nel tempo della malattia e della sofferenza e che sia precisamente questo tempo a gettare nuova luce sull'esistenza. Un tempo di malattia e di sofferenza che provoca nuovi interrogativi sulla vita e sulla morte, stimolo di nuova spiritualità, ricerca di fede che può assumere una dimensione terapeutica. La domanda di eutanasia attiva nasce anche su questo terreno, sul terreno di una fede viva e consapevole. E dal momento che la fede personale non è mai disgiunta da una relazione di comunità, il singolo ha bisogno

del supporto relazionale delle persone che lo circondano e di quello della comunità cristiana di appartenenza.

5.6 Nell'ambito della pastorale si parla molto del rispetto della spiritualità del malato. Ma questo rispetto sembra arrestarsi improvvisamente di fronte alla richiesta del malato inguaribile che chiede di poter morire. Quasi che questa domanda nascesse da un mondo che non gli appartiene. Che cosa impedisce di leggere anche questa domanda come segno di una spiritualità viva e cosciente, radicata nel Dio della vita e nelle sue promesse? Con quale autorità spirituale posso io contrastare la libertà e responsabilità di un altro di decidere il tempo della sua morte quando il vivere è un'umiliazione quotidiana senza speranza? Qual è la fonte dell'autorità che mi impone di costringere una persona inguaribile a continuare a vivere una vita di morte? Chi sono io per sottrarre al malato inguaribile questo diritto di poter morire? Da quale parte sta il Dio della vita e della promessa? Dalla parte del non-senso del dolore acuto di un malato inguaribile o dalla parte del suo umano desiderio di morire? Per quanto paradossale possa essere, in una tale situazione accogliere la domanda di morte significa accogliere la domanda della vita, accogliere il diritto di morire coscientemente la propria morte. Il medico che accoglie questa domanda del malato inguaribile l'accoglie all'interno di un lungo processo di cura e di relazioni. Il medico che si rende disponibile al suicidio assistito o all'eutanasia non commette un crimine, non viola alcuna legge divina, compie un gesto umano, di profondo rispetto, a difesa di quella vita che ha un nome e una storia di relazioni.

Roma ,7 febbraio 1998

Cronologia

Il 23 maggio del 2002 un giovane di Viareggio ha aiutato il suo amico a farla finita, con una dose di insulina: ora rischia fino a 15 anni, nonostante i genitori stessi del defunto definiscano il suo gesto "un atto di amore".

Il caso di Eluana, da otto anni completamente immobile e priva di coscienza, ha tenuto banco per alcuni giorni quando il padre, stanco di vederla tenuta in vita da un cannello nasogastrico, ha chiesto al tribunale il permesso di sospendere le cure: permesso negato.

Negli stessi giorni un uomo di Monza veniva condannato a sei anni e mezzo per avere, due anni prima, staccato i fili che pompavano aria ai polmoni della moglie. Il 24 aprile 2002 è stato assolto in appello dall' accusa di omicidio volontario premeditato. I giudici hanno infatti stabilito che il signor Forzatti, staccando la spina del respiratore al quale era attaccato il corpo della moglie, non la uccise in quanto, a loro avviso, la donna era già morta.

Nel maggio 2001, gli ultimi giorni di Emilio Vesce, storico militante radicale, infiammarono la campagna elettorale per via delle dichiarazioni del figlio contro il nutrimento artificiale, "non più attuato come terapia ma come accanimento terapeutico".

Monza, giugno 1998. Ezio Forzatti, l'ingegnere 4genne, entra con una pistola scarica nell'ospedale San Gerardo. Minaccia i medici e stacca i tubi che tenevano in vita la moglie piena Moroni, 46 anni, malata allo stato terminale. Adesso è sotto processo per omicidio premeditato.

Olbia, agosto 1996. Rita Murgia, una psicolabile, uccide con un colpo di fucile alla testa il padre. L'uomo aveva manifestato la volontà di suicidarsi. La donna viene assolta perché giudicata incapace di intendere e di volere.

Milano, maggio 1989. Umberto Santangelo, cameriere di 33 anni, è trovato morto in una stanza di albergo di Milano con un'iniezione di Pentotal. Guido Tassinari e Antonia Malfatti saranno condannati a quattro anni per aver assistito le sue intenzioni suicide.

Trieste, luglio 1987. Due anni e mezzo di carcere è la condanna inflitta ad Adriana Longo, 58 anni, colpevole di aver strangolato con una calza la madre 85enne, gravemente malata.

Roma, settembre 1981. Luciano Papini uccide a colpi di pistola Sandro, il nipote idrocefalo diciottenne, per mettere fine alle sue sofferenze. Sarà condannato in primo grado a quattro anni e due mesi per omicidio del consenziente. Questi casi, se sono strazianti dal punto di vista di chi ne è coinvolto direttamente, finiscono quanto meno per dimostrare come la legislazione sia assolutamente inadeguata ai tempi.

Piergiorgio Welby

Diritto ed eutanasia

Stato legale attuale

L'eutanasia, in Europa, è praticata legalmente soltanto in Olanda e Belgio. In alcuni casi, tuttavia, essa è indirettamente prevista.

Danimarca

Dal 1992 è in vigore una legge che consente alla persona affetta da grave malattia incurabile o incidente grave di non essere tenuta in vita artificialmente. È prevista, infatti, una dichiarazione, una specie di testamento biologico, della quale il medico deve tener conto.

Francia

L'eutanasia è illegale, tuttavia il Codice penale fa distinzione fra eutanasia attiva (l'azione che provoca direttamente la morte-assimilata all'omicidio) ed eutanasia passiva (assenza di accanimento terapeutico).

Germania

La Corte di Francoforte ha aperto uno spiraglio per le persone in coma irreversibile. La sospensione delle terapie deve comunque far seguito all'espressa volontà del paziente ed all'autorizzazione del tribunale.

Gran Bretagna

L'eutanasia ed il suicidio assistito sono illegali, tuttavia i tribunali sono spesso investiti della richiesta di autorizzazione ad abbreviare la vita dei malati tenuti in vita artificialmente. Nel 1996, per la prima volta, in Scozia, un paziente è stato "autorizzato" a morire.

Spagna

Il codice penale del 1995 opera una distinzione fra eutanasia ed omicidio.

Canada

Il suicidio è legale, ma è vietata l'assistenza del medico. Una legge per l'eutanasia dovrebbe essere approvata a livello federale. Molte sono le richieste di eutanasia assistita, ma il governo, per il momento, non ha preso iniziative.

Cina

Una legge del 1998 autorizza gli ospedali a praticare l'eutanasia ai malati terminali.

Colombia

L'eutanasia è consentita nella prassi in seguito ad una sentenza della Corte Costituzionale, ma il Parlamento non ha varato una legge.

Stati Uniti

La posizione dell'opinione pubblica al riguardo ha subito negli ultimi anni significativi mutamenti. Nell'Oregon (Usa) nacque nel 1987 la Hemlock Society, un'organizzazione non-profit, che sponsorizzò nel 1991 la presentazione di una proposta di legge in favore del suicidio assistito al Senato di quello Stato. La proposta non fu mai discussa, ma nel 1994 i cittadini dell'Oregon approvarono, con una maggioranza del 52% di voti favorevoli, la legge oggi nota come "Death with Dignity Act", che consente ai medici di prescrivere i farmaci necessari al suicidio a favore di un paziente, purché egli sia cittadino dell'Oregon, abbia una previsione di vita non superiore a sei mesi e vi sia il parere favorevole di altri due medici. In un referendum svoltosi nel novembre 1997 i cittadini dell'Oregon, questa volta con una maggioranza del 60% a favore, hanno respinto una proposta

d'abrogazione della legge. Molti medici si sono espressi contro tale legge. Una posizione nettamente contraria è stata presa dall' American Medical Association. Non è ancora chiaro come e in che misura essa sarà applicata, anche perché la Drug Enforcement Agency (Agenzia di controllo sui farmaci) ha minacciato di sospensione della licenza i medici che prescriveranno farmaci per aiutare un paziente a commettere suicidio. È in ogni modo interessante rilevare che sulla stampa specializzata degli Usa sono state numerose le prese di posizione sostanzialmente favorevoli alla legge e critiche nei confronti dei medici, accusati di scegliere di prolungare le sofferenze degli ammalati piuttosto che farsi coinvolgere in una scelta indubbiamente difficile (dal documento della Chiesa Valdese).

Australia

Nel 1995 nei Territori del Nord è stata approvata una legge che garantiva eutanasia e suicidio assistito, ma il Parlamento australiano ha abrogato la legge nel 1997. Il territorio del Nord, benché per estensione rappresenti un sesto dell' Australia, ha soltanto 168.000 abitanti.

Giappone

1128 marzo 1995, nel distretto di Yakahoma, viene processato un medico che ha aiutato a morire un malato terminale di cancro. In quel caso furono enunciate le condizioni ed i casi in cui l'eutanasia può essere ammessa: 1) dolore fisico inguaribile del paziente; 2) morte inevitabile ed imminente; 3) aver messo in atto tutte le terapie per eliminare il dolore; 4) esplicita ed inequivocabile richiesta del paziente.

Legge olandese - 137/01

Con questa legge, approvata alla Camera bassa nel novembre 2000, e definitivamente al Senato il 10 aprile 2001, l'Olanda è il primo paese europeo nel quale è possibile per un medico praticare l'eutanasia su un malato terminale o fornire assistenza ad un malato nelle stesse condizioni che decide di togliersi la vita. La legge sulla Eutanasia su richiesta e suicidio assistito vincola però i medici ad una serie di prescrizioni: deve essere stata praticata ogni possibile terapia senza ottenere risultati e deve risultare chiara e pressante la richiesta dell'assistito di porre fine alla sua vita.

Se il paziente ha un'età superiore ai 16 anni ed è incapace di intendere e di volere, ma in precedenza ha lasciato un testamento scritto nel quale chiede l'eutanasia, il medico potrà praticarla. Se il paziente ha tra i 12 e i 16 anni o tra i 16 e i 18 anni di età e manifesta la volontà di porre fine alla sua vita, il medico dovrà consultare i genitori o i parenti che esercitano la patria potestà o il tutore legale.

Sempre il medico dovrà informare per iscritto l'apposita commissione regionale che entro sei settimane dovrà emettere un giudizio sul suo operato. Nei casi in cui la commissione dovesse ritenere errato il comportamento del medico, dovrà immediatamente dare comunicazione all'ufficio del procuratore generale e all'ispettorato della Salute pubblica. Le commissioni regionali devono essere presiedute da un esperto di materie legali e dovranno fare parte un medico e un esperto di materie etiche e filosofiche. I membri effettivi e i supplenti sono nominati dai ministri della Giustizia e della Salute e resteranno in carica sei anni. Un componente della commissione potrà essere allontanato qualora intervengano fatti o circostanze che mettano in discussione l'imparzialità del suo giudizio.

Casa Alta degli Stati generali

Anno parlamentare 2000-2001- 26691 n. 137

Riforma delle procedure per porre fine alla vita su richiesta e per il suicidio assistito e degli emendamenti al codice penale (Wetboek van Strafrecht) e alla legge su cremazione e sepoltura

Proposta legislativa emendata

Noi Beatrice, per grazia di Dio, Regina di Olanda, Principessa di Orange-Nassau, ...

Ringraziamenti a tutti coloro che vedranno o sentiranno questo scritto. Sia conosciuto:

Dal momento che abbiamo considerato che è desiderato includere una norma per l'esenzione dalla responsabilità criminale per i medici che, con l'osservanza dovuta dei requisiti della cura necessaria, rischiano di essere perseguiti dalla legge per aver posto fine ad una vita per richiesta o per aver assistito nel suicidio un'altra persona, e di provvedere ad una modifica di legge e ad una riforma delle procedure.

Noi quindi, avendo udito il Consiglio di Stato e in accordo con gli Stati Generali abbiamo approvato e decretato il presente documento.

Capitolo I. Definizione dei termini.

ARTICOLO I

Per gli scopi di questa Legge: Per Nostri Ministri s'intendono il Ministro della Giustizia e il Ministro della Salute, Stato Sociale e Sport. Per suicidio assistito s'intende l'assistenza volontaria nel suicidio di un'altra persona o procurare per l'altra persona i mezzi, come previsto nell'articolo 294, secondo paragrafo, seconda frase del Codice Penale. Per medico s'intende il medico che con i requisiti di questa legge ha posto fine alla vita su richiesta o ha fornito assistenza ad un suicidio. Per

consulente si intende il medico che è stato consultato in riferimento all'intenzione, da parte del medico, per porre fine alla vita su richiesta o a dare assistenza al suicidio. Per responsabili del trattamento si intendono i responsabili di trattamento, come previsto dall' articolo 446, primo paragrafo del Tomo 7 del Codice Civile. Per comitato si intende un comitato regionale di revisione come previsto dall'articolo 3. Per ispettore regionale si intende l'ispettore regionale dell'ispettorato della Salute appartenente al Servizio Superiore della Salute Pubblica.

Capitolo II. Requisiti della cura obbligatoria

ARTICOLO 2

Per requisiti della cura obbligatoria, in riferimento all'articolo 293 del secondo paragrafo del Codice Penale, si intende che il medico: ha la piena convinzione che la richiesta del paziente è volontaria e ben ponderata; ha la piena convinzione che le sofferenze del paziente sono resistenti a terapia e insuperabili; ha informato il paziente sulla situazione clinica e circa le sue prospettive; il paziente ha la convinzione che non c'è altra ragionevole soluzione circa la propria situazione; ha consultato almeno un altro medico indipendente che ha visitato il paziente e ha dato la sua opinione scritta sui requisiti del trattamento dovuto in riferimento ai suddetti punti a. e d. e ha posto fine alla vita o ha assistito ad un suicidio con le dovute attenzioni. Se il paziente che ha sedici anni o un'età superiore non è capace di esprimere la sua volontà, ma prima di raggiungere questa condizione clinica aveva una ragionevole capacità di intendere e di volere circa i suoi interessi ed ha fatto un testamento scritto che contiene la richiesta per l'eutanasia, il medico può non tenere conto di questo requisito. Se il minore paziente ha raggiunto un'età tra sedici e diciotto anni e si può ritenere che abbia una ragionevole consapevolezza dei suoi interessi, il medico può accogliere la richiesta del paziente di porre fine alla vita con suicidio assistito, dopo che il genitore o i parenti che esercitano la patria potestà e/o il suo tutore sono stati coinvolti nel processo decisionale. Se il minore ha un'età tra dodici e sedici anni e si può ritenere che abbia una ragionevole consapevolezza dei suoi interessi, il medico può accogliere la richiesta del paziente a condizione che sempre il genitore o i parenti che esercitano la patria potestà e/o il suo tutore siano d'accordo con la decisione di porre fine alla vita o il suicidio assistito.

Capitolo III. Le Commissioni regionali di esame per l'eutanasia su richiesta e il suicidio assistito.

Paragrafo 1 : Organizzazione, composizione e nomina

ARTICOLO 3

Ci sono Commissioni regionali per l'esame delle notifiche di casi di eutanasia su richiesta e assistenza al suicidio, come previsto nell'articolo 293 secondo paragrafo o 294 secondo paragrafo, seconda frase, rispettivamente, del Codice Penale. Una Commissione è composta da un numero variabile di membri, incluso in ogni caso uno specialista legale, anche presidente, un medico e un esperto di materie etiche e filosofiche. La Commissione comprende anche membri supplenti di ognuna delle categorie citate nella prima frase, nel primo paragrafo.

ARTICOLO 4

Il presidente e i membri, come anche i membri supplenti, sono scelti dai Nostri Ministri per un periodo di sei anni. Essi possono essere scelti una seconda volta per un altro periodo di sei anni. Una Commissione ha un segretario e uno o più segretari supplenti, tutti specialisti legali, nominati dai Nostri Ministri. Il segretario ha un ruolo consultivo durante le riunioni della Commissione. Il

segretario può essere ritenuto responsabile dalla Commissione solamente per la sua attività per la Commissione.

Paragrafo 2 : licenziamento

ARTICOLO 5

I Nostri Ministri possono licenziare il presidente e i membri, come anche i supplenti, su loro personale richiesta.

ARTICOLO 6

I Nostri Ministri possono licenziare il presidente e i membri, come anche i supplenti, per motivi di inopportunità o incompetenza o per altri importanti motivi.

Paragrafo 3 : compensi

ARTICOLO 7

Il presidente e i membri, come anche i supplenti, ricevono un'indennità di vacanza e un rimborso delle spese di viaggio e alloggio, sulla base del programma governativo esistente, solo se queste spese non sono in altro modo rimborsate dalle Riserve dello Stato.

Paragrafo 4 : Doveri e Poteri

ARTICOLO 8

La Commissione giudica sulla base del rapporto, come previsto nell'articolo 7, secondo paragrafo, della Legge sulla Sepoltura e Cremazione se il medico che ha praticato l'eutanasia su richiesta o ha fornito assistenza in un suicidio, ha agito in conformità della cura dovuta, come previsto dall'articolo 2. La Commissione può chiedere al medico di integrare il suo rapporto, per scritto o verbalmente, ove questo sia necessario per un più appropriato giudizio sul suo operato. La Commissione può fare domande al perito autoptico municipale, al consulente o ai sanitari coinvolti nella cura se questo è necessario per un più appropriato giudizio sull'operato del medico.

ARTICOLO 9

La Commissione informa del suo motivato parere il medico entro sei settimane dalla consegna del rapporto, come previsto dall' articolo 8, primo paragrafo, per scritto. La Commissione comunica il suo parere all'Ufficio della Procura Generale e all'Ispettore Regionale per la Salute: se la Commissione ritiene che il medico ha sbagliato ad agire, in conformità dei requisiti della cura dovuta, come previsto dall'articolo 2 o se si verifica una situazione riferibile alla frase finale dell' articolo 12 della Legge sulla Sepoltura e Cremazione, la Commissione informerà di questo il medico. Il termine previsto nel primo paragrafo può essere esteso una volta per un periodo massimo di sei settimane. La Commissione informerà di questo il medico. La Commissione può fornire al medico un'ulteriore spiegazione verbale del suo parere. Questa spiegazione verbale può aver luogo su richiesta della Commissione o su richiesta del medico.

ARTICOLO 10

La Commissione è obbligata a fornire al pubblico ministero, su sua richiesta, tutte le informazioni di cui può avere bisogno: per il bene del giudizio dell'operato del medico nel caso riferibile all'articolo 9 secondo paragrafo; o per il bene dell'investigazione criminale. La Commissione informerà il medico di ogni informazione al pubblico ministero.

Paragrafo 6 : metodo di lavoro

ARTICOLO 11

La Commissione garantirà la registrazione dei casi di eutanasia o di suicidio assistito riferiti per il giudizio. Ulteriori regole su questo possono essere stabilite dai Nostri Ministri con un regolamento ministeriale.

ARTICOLO 12

Il parere è adottato a maggioranza semplice dei voti. Il parere può essere adottato dalla Commissione solo se tutti i membri della Commissione hanno partecipato al voto.

ARTICOLO 13

Almeno due volte l'anno i presidenti delle Commissioni regionali di esame si consultano reciprocamente in relazione al metodo di lavoro e agli adempimenti delle Commissioni. Un rappresentante dell'Ufficio del Procuratore Generale e un rappresentante dell'Ispettorato della Salute Pubblica sono invitati a queste consultazioni.

Paragrafo 7 : Segretezza ed Esenzione

ARTICOLO 14

I membri e i supplenti della Commissione sono sottoposti all'obbligo del segretezza per tenere riservate tutte le informazioni acquisite in ragione dei loro doveri, tranne quando il regolamento statutario li obbliga a divulgare queste informazioni o quando la necessità di divulgare le informazioni deriva dai loro doveri.

ARTICOLO 15

Un membro della Commissione che fa parte della Commissione nel trattamento di un caso si autoesclude e può essere cambiato se ci sono fatti o circostanze che possono influenzare la sua imparzialità.

ARTICOLO 16

Un membro, un supplente o il segretario della Commissione si tratterranno dall'esprimere un parere sull'intenzione di un medico di praticare una eutanasia su richiesta o di fornire assistenza in un suicidio.

Paragrafo 8 : Rapporto

ARTICOLO 17

Non più tardi del primo Aprile le Commissioni trasmettono un rapporto annuale congiunto ai Nostri Ministri sull'attività dell'anno trascorso. I Nostri Ministri forniranno un modello per questo attraverso un regolamento ministeriale. Il rapporto sull'attività, come previsto nel primo paragrafo, dovrà in ogni caso includere i seguenti punti: Il numero dei casi esaminati di eutanasia su richiesta e assistenza al suicidio sui quali la Commissione ha espresso un parere; La natura di questi casi; Le opinioni e le considerazioni in merito.

ARTICOLO 18

Annualmente, in occasione della presentazione del bilancio preventivo agli Stati Generali, i Nostri Ministri dovranno trasmettere un rapporto contenente l'attività delle Commissioni con riferimento al rapporto sull'attività, come previsto nell'articolo 17, primo paragrafo.

ARTICOLO 19

Su raccomandazione dei Nostri Ministri, regole dovranno essere stabilite in consiglio riguardo alle Commissioni con riferimento al loro numero e la loro giurisdizione territoriale, il loro domicilio. I Nostri Ministri possono stabilire altre regole riguardanti le Commissioni in relazione alloro numero e composizione, il loro metodo di lavoro e rapporto.

Capitolo IV. Emendamenti ad altre Leggi

ARTICOLO 20

Il Codice Penale sarà emendato come segue:

A. Articolo 293 sarà letto: Articolo 293

Una persona che pratica l'eutanasia su un'altra persona, su richiesta espressa e pressante di questa persona, è condannabile ad un periodo di detenzione di non più di dodici anni o a una multa della quinta categoria. Il reato come previsto nel primo paragrafo non sarà punibile se è stato commesso da un medico che ha soddisfatto le prescrizioni della cura dovuta, come previsto dall'articolo 2 della Legge sull'Eutanasia su Richiesta e sul Suicidio Assistito (Procedure Modificate) e che di questo informa il perito autoptico municipale, come previsto dall'articolo 7 secondo paragrafo della Legge sulla Sepoltura e Cremazione.

B. Articolo 294 sarà letto: Articolo 294

Una persona che intenzionalmente incita un'altra a commettere suicidio, è condannabile ad un periodo di detenzione di non più di tre anni o a una multa di quarta categoria, dove il suicidio risulta. Una persona che intenzionalmente assiste nel suicidio un'altra persona o procura per quest'altra persona la tentazione di commettere suicidio è condannabile ad un periodo di detenzione di non più di tre anni o ad una multa di quarta categoria, dove il suicidio risulta. L'articolo 293 secondo paragrafo si applica mutatis mutandis.

C. Nell'Articolo 295 il punto seguente è inserito dopo "293": primo paragrafo.

D. Nell'Articolo 422, il punto seguente è inserito dopo "293": primo paragrafo.

Articolo 2. La Legge sulla Sepoltura e Cremazione sarà emendata come segue:

L'articolo 7 sarà letto: Articolo 7

Una persona che ha effettuato un'autopsia emetterà un certificato di morte se è convinto che la morte è sopraggiunta per motivi naturali. Se la morte è stata il risultato di una eutanasia su richiesta o di un suicidio assistito, come previsto dall'articolo 293 secondo paragrafo o l'articolo 294 secondo paragrafo seconda rase, rispettivamente, del Codice Penale, il medico curante non emetterà un certificato di morte e informerà immediatamente il perito autoptico municipale o uno dei periti

autoptici municipali delle cause della morte riempiendo un modulo. Il medico integrerà questo modulo con un ragionato rapporto in relazione alla obbligatoria osservanza dei requisiti della cura dovuta, come previsto dall' articolo 2 della Legge sull'Eutanasia su Richiesta e il Suicidio Assistito (procedure modificate). Se il medico curante in altri casi riferibili al secondo paragrafo ritiene di non poter emettere un certificato di morte, egli deve prontamente informare il perito autoptico municipale o uno dei periti autoptici municipali riempiendo un modulo.

B. L'Articolo 9 sarà letto: Articolo 9

Il modulo e l'organizzazione dei modelli di certificati di morte che devono essere emessi dal medico curante e dal perito autoptico municipale dovranno essere disposti dal consiglio. Il modulo e l'organizzazione dei modelli di notifica e rapporto come previsto dall'articolo 7 secondo paragrafo, della notifica come previsto dall' articolo 7 terzo paragrafo e dei moduli come previsto dall' articolo 10 primo e secondo paragrafo saranno stabiliti dal consiglio su raccomandazione del Nostro Ministro della Giustizia e del Nostro Ministro della Salute, Stato Sociale e Sport.

C. L'Articolo 10 sarà letto: Articolo 10

Se il perito autoptico municipale ritiene di non poter emettere un certificato di morte, egli dovrà prontamente informare di questo il pubblico ministero riempiendo un modulo e lo notificherà prontamente al registro delle nascite, morti e matrimoni. In caso di notifica come previsto dall' articolo 7 secondo paragrafo e senza recare pregiudizio al primo paragrafo, il perito autoptico municipale informerà rapidamente la commissione regionale di esame, come previsto dall' articolo 3 della Legge sulla Anestesia su Richiesta e il Suicidio Assistito (Procedure Modificate) riempiendo un modulo. Egli includerà un ragionato rapporto, come previsto dall'articolo 7 secondo paragrafo.

D. La seguente frase sarà aggiunta all' Articolo 12, da leggere: se il pubblico ministero nei casi previsti dall'articolo 7 secondo paragrafo, è del parere di non poter emettere un certificato di non opposizione contro la sepoltura e cremazione, egli informerà prontamente di questo il perito autoptico municipale e la commissione regionale di esame, come previsto dall' articolo 3 della Legge sulla Eutanasia su Richiesta e Suicidio Assistito (Procedure Modificate). E nell' articolo 81, prima parte, "7, primo paragrafo" sarà sostituito da "7, primo e secondo paragrafo".

ARTICOLO 22

La Legge Generale Amministrativa (*Algemene wet bestuursrecht*) sarà emendata come segue:

Alla fine della parte d dell'articolo 1: 6, il punto sarà sostituito da un punto e virgola e i seguenti punti

saranno aggiunti alla quinta parte, da leggere: decisioni ed azioni in attuazione della Legge sulla Eutanasia su Richiesta e Suicidio Assistito (Procedure Modificate).

Capitolo V. Clausole Finali

ARTICOLO 23

Questa Legge entrerà in vigore alla data stabilita dal Decreto Reale.

ARTICOLO 24

Questa legge può essere definita come: Legge sulla Eutanasia su Richiesta e Suicidio Assistito (Procedure Modificate). Con il presente documento ordiniamo e comandiamo che questa Legge venga pubblicata sul Bollettino delle Leggi e Decreti e che tutti i dipartimenti ministeriali, autorità, corpi e ufficiali coinvolti diligentemente attuino.

Il Ministro della Giustizia, Il Ministro della Salute, Stato Sociale e Sport.

La Casa Alta, anno parlamentare 2000-2001, 26.691, n. 137.

Legge belga - 1488/01

Progetto di legge 5 novembre 2001, approvato il 16 maggio 2002

Art. 1. La presente legge regola una materia prevista all'articolo 78 della Costituzione.

CAPITOLO I

Disposizioni generali

Art. 2. Per l'applicazione della presente legge, occorre intendere per eutanasia l'azione, praticata da un terzo, che mette intenzionalmente fine alla vita di una persona su richiesta della stessa.

CAPITOLO II

Condizioni e procedura

Art. 3. § 1. Il medico che pratica un'eutanasia non commette reato se ha accertato che: - il paziente è maggiorenne o minore emancipato, capace di intendere e cosciente al momento della richiesta; che la domanda sia formulata in maniera volontaria, consapevole e reiterate e che non sia causata da una pressione esterna; - il paziente versato in condizioni di malattia incurabile e in stato di sofferenza fisica o psicologica costante ed insopportabile che non possa essere alleviata e che derivi da infermità accidentale o patologica grave ed incurabile; - e che rispetti le condizioni e le procedure della presente legge.

§ 2. Senza pregiudizio delle condizioni aggiuntive che il medico voglia mettere per il suo intervento, egli deve, preventivamente ed in ogni caso: 1°) informare il paziente delle sue condizioni di salute e della sua speranza di vita, accordarsi con il paziente sulla richiesta di eutanasia e fargli presenti le possibilità terapeutiche ancora disponibili come pure le possibilità offerte dalle cure palliative e le loro conseguenze. È necessario che arrivi, insieme al paziente, alla convinzione che, nelle sue condizioni, non esista altra soluzione ragionevole e che la richiesta del paziente sia assolutamente volontaria e reiterata; 2°) assicurarsi della persistenza delle sofferenze fisiche o psicologiche del paziente e della reiterazione della sua volontà. A tal fine il medico avrà diversi incontri con il paziente, a distanza di tempo ragionevole, circa l'evoluzione delle sue condizioni; 3°) consultare un altro medico sul carattere grave ed incurabile della malattia, specificando le ragioni del consulto: il medico consultato prende atto della cartella clinica, esamina il paziente e si assicura del carattere costante, insopportabile e non alleviabile della sofferenza fisica o psicologica. Redige un rapporto sui risultati della sua analisi. Il medico consultato deve essere indipendente sia dal medico curante che dal paziente e deve essere competente sulla patologia in esame. Il medico curante informa il suo paziente sui risultati del consulto; 4°) in presenza di un'équipe curante in contatto regolare con il paziente, discuterà la richiesta del paziente con il gruppo stesso o con alcuni dei suoi membri; 5°) se la volontà del paziente è irremovibile, intrattenersi sulla sua richiesta con i parenti designati dal paziente stesso; 6°) assicurarsi che il paziente abbia avuto l'occasione di intrattenersi sulla sua richiesta con le persone che abbia desiderato incontrare.

§ 3. Se il medico è dell'opinione che la morte non interverrà prevedibilmente a breve scadenza, dovrà, inoltre: 1°) consultare un secondo medico, psichiatra o specialista della patologia in questione, precisando le ragioni del consulto. Il medico consultato prende conoscenza della cartella del paziente, lo esamina, prende atto del carattere costante, insopportabile e non alleviabile della sofferenza fisica o psichica e del carattere volontario, meditato e ripetuto della richiesta. Redige un rapporto sulle sue constatazioni. Il medico consultato deve essere indipendente sia nei confronti del paziente che del medico curante e del primo medico consultato. Il medico curante informa il pazien-

te circa i risultati del consulto; 2°) occorre lasciar trascorrere almeno un mese fra la domanda scritta del paziente e l'eutanasia.

§ 4. La richiesta del paziente deve essere formulata per iscritto. Il documento è redatto, datato e sottoscritto dal paziente. Se non è in grado di farlo, la sua richiesta viene redatta da persona maggiorenne di sua scelta che non abbia alcun interesse materiale al decesso del paziente. Il redigente specifica il fatto che il paziente non è in grado di scrivere la richiesta e ne specifica le ragioni. In questo caso la domanda viene redatta per iscritto alla presenza del medico ed il redigente riporta il nome del medico nel documento. Questo documento deve essere allegato alla cartella clinica. Il paziente, in qualsiasi momento, può revocare la sua richiesta, nel qual caso il documento è ritirato dalla cartella clinica e consegnato al paziente.

§ 5. L'insieme delle domande formulate dal paziente, come pure i percorsi del medico curante ed i loro risultati, inclusi il/i rapporto/i del/dei medico/i consultato/i, sono inseriti regolarmente nella cartella clinica del paziente.

CAPITOLO III

Sulla dichiarazione anticipata

Art. 4. § 1. Ciascun maggiorenne o minorenni emancipato capace di intendere e di volere, può, in previsione del caso che egli non potrà più manifestare la sua volontà, stabilire per iscritto che un medico gli pratichi l'eutanasia se questo stesso medico constati: - che è colpito da infermità accidentale o patologica grave ed incurabile; - che non è cosciente; - e che la sua situazione risulta irreversibile allo stato attuale della scienza. La dichiarazione può designare una o più persone di fiducia maggiorenni, elencate in ordine di preferenza, che mettano il medico curante al corrente della volontà del paziente. Ogni persona di fiducia rimpiazza quella che la precede nella dichiarazione in caso di rifiuto, d'impedimento, d'incapacità o di decesso. Il medico curante del paziente, il medico consultato e i membri dell'équipe curante non possono essere indicati come persone di fiducia. La dichiarazione può essere fatta in qualsiasi momento. Deve essere redatta per iscritto, formulata in presenza di testimoni maggiorenni, dei quali almeno uno non deve avere alcun interesse materiale alla morte del dichiarante, datata e firmata dal dichiarante e, ove esistano, dalle persone di fiducia. Se la persona che vuole fare una dichiarazione anticipata, si trova nell'impossibilità permanente di redigerla e sottoscriverla, la sua dichiarazione può essere redatta per iscritto da persona maggiorenne a sua scelta, purché non abbia interesse materiale al decesso del dichiarante, alla presenza di due testimoni maggiorenni. La dichiarazione in questo caso deve esplicitare che il richiedente non può redigerla e sottoscriverla ed enunciarne i motivi. La dichiarazione deve essere firmata da colui che l'ha redatta, dai testimoni, e, in caso di opzione, dalle persone di fiducia. Un certificato medico che attesti l'impossibilità fisica permanente è allegata alla richiesta. La dichiarazione non può essere presa in considerazione se non è stata formulata, o confermata, almeno cinque anni prima dell'insorgere dell'impossibilità di manifestare le proprie volontà. La dichiarazione può essere ritirata o rivista in qualsiasi momento. Il re determina le modalità relative alla presentazione, alla conservazione, alla conferma, al ritiro e alla comunicazione della dichiarazione ai medici interessati, attraverso il servizio del Registro nazionale.

§ 2. Il medico che pratichi l'eutanasia in seguito ad una dichiarazione anticipata, come previsto da primo paragrafo, non commette reato se constatata che il paziente: - è colpito da infermità accidentale o patologica grave e incurabile; - è in stato d'incoscienza; - e che questa situazione è irreversibile allo stato attuale della scienza; e che si rispettino le condizioni e le procedure di cui alla presente legge.

Senza pregiudizio delle condizioni complementari che il medico voglia mettere per il suo intervento, egli deve preliminarmente: 1°) consultare un altro medico circa l'irreversibilità della situazione clinica del malato, informandolo delle ragioni del consulto. Il medico consultato prende conoscenza della cartella clinica ed esamina il paziente. Redige un rapporto sulle sue conclusioni.

Se una persona di fiducia è designata nella dichiarazione di volontà, il medico curante informa questa persona sui risultati del consulto. Il medico consultato deve essere indipendente sia rispetto al medico che rispetto al paziente ed essere competente nella patologia per la quale è consultato; 2°) se esiste un' équipe curante in contatto regolare con il paziente, intrattenersi sul contenuto della dichiarazione anticipata con l'équipe curante o con membri della stessa; 3 O) se la dichiarazione designa una persona di fiducia, intrattenersi con questa sulla volontà del paziente; 4 O) se la dichiarazione designa una persona di fiducia, intrattenersi sul contenuto della dichiarazione anticipata del paziente con i parenti del paziente che la persona di fiducia designa. La dichiarazione anticipata così come l'insieme dei percorsi del medico curante ed il loro risultato, ivi compreso il rapporto del medico consultato, sono inseriti regolarmente nella cartella clinica del paziente.

CAPITOLO IV

La dichiarazione

Art. 5. Il medico che ha praticato un intervento di eutanasia, invia, entro i quattro giorni lavorativi successivi, il documento di registrazione previsto all'art. 7, debitamente compilato, alla Commissione federale di controllo e valutazione prevista all'art. 6 della presente legge.

CAPITOLO V

La Commissione federale di valutazione controllo

Art. 6. § 1. È istituita una Commissione federale di controllo e valutazione sull' applicazione della presente legge, di seguito denominata "la Commissione". § 2. La Commissione si compone di sedici membri, designati sulla base delle loro conoscenze e delle loro esperienze nelle materie che riguardano le competenze della Commissione. Otto membri sono dottori in medicina, di cui almeno quattro sono professori in un'università del Belgio. Quattro membri sono professori di diritto in un'università belga, o avvocati. Quattro membri sono scelti dagli ambienti interessati alla problematica dei pazienti colpiti da malattie incurabili. La carica di membro della Commissione è incompatibile con il mandato di una delle assemblee legislative e con quella di membro del governo federale, comunale o di regione.

I membri della Commissione sono nominati, nel rispetto della parità linguistica, - ciascun gruppo linguistico avrà almeno tre candidati di ciascun sesso - e mirando a garantire una rappresentanza pluralista, per decreto reale deliberato in Consiglio dei ministri, su una lista doppia presentata dal Senato con un incarico rinnovabile di quattro anni. Il mandato ha fine a tutti gli effetti allorché il membro perde la carica nella quale è insediato. I candidati che non sono stati designati membri effettivi sono nominati in qualità di membri supplenti, in una lista che determina l'ordine secondo il quale saranno chiamati a supplire. La Commissione è presieduta da un presidente di lingua francese e da un presidente di lingua fiamminga. I presidenti sono eletti dai membri della Commissione appartenenti al rispettivo gruppo linguistico. La commissione non può assumere deliberazioni valide senza la presenza dei due terzi dei suoi membri.

§ 3. La Commissione stabilisce il suo regolamento interno.

Art. 7. La Commissione stabilisce un documento di registrazione che deve essere completato dal medico ogni volta che pratici un intervento di eutanasia. Il documento è composto di due parti. La prima deve essere compilata dal medico. Essa contiene i seguenti dati: 1°) cognome, nome domicilio del paziente; 2O) cognome, nome, numero di registrazione all'INAMI e domicilio del medico curante; 3°) cognome, nome, domicilio del (dei) medico/i che è stato/sono stati consultato/i circa la richiesta di eutanasia; 4°) cognome, nome, domicilio e qualifica di tutte le persone che sono state consultate dal medico curante, così come le date delle consultazioni; 5°) in presenza di una dichiarazione anticipata che designi una o più persone di fiducia, cognome e nome della/e persona/e

di fiducia che è/sono intervenuta/e; questa prima parte è riservata. È trasmessa dal medico alla Commissione. Può essere consultata solo dopo una delibera della Commissione e non può in alcun caso servire di base al compito di valutazione della Commissione. La seconda parte è egualmente riservata e contiene i dati seguenti: 1°) sesso, data e luogo di nascita del paziente; 2°) la data, il luogo e l'ora del decesso; 3°) la menzione della malattia accidentale o patologica grave e incurabile di cui soffriva il paziente; 4°) la natura della sofferenza che era costante ed insopportabile; 5°) il motivo per cui questa sofferenza è stata dichiarata non alleviabile; 6°) gli elementi che hanno permesso di accertare che la richiesta era stata avanzata in maniera volontaria, cosciente e reiterata senza pressioni esterne; 7°) se si poteva ritenere che il decesso avvenisse a breve distanza; 8°) se esiste una dichiarazione di volontà; 9°) la procedura seguita dal medico; 10°) la qualifica del o dei medici consultati, gli annunci e le date dei consulti; 11°) la qualifica delle persone consultate dal medico, e la data delle consultazioni; 12°) il modo in cui l'eutanasia è stata effettuata ed i mezzi usati.

Art. 8. La Commissione esamina il documento di registrazione debitamente compilato inviato dal medico. Essa verifica, sulla base della seconda parte del documento di registrazione, se l'eutanasia è stata effettuata secondo le condizioni e le procedure previste dalla presente legge. In caso di dubbio, la Commissione può decidere, a maggioranza semplice, di togliere l'anonimato. Essa prende allora conoscenza della prima parte del documento di registrazione. Essa può chiedere al medico curante la trasmissione di tutti gli elementi della cartella clinica relativa all'eutanasia. Essa si pronuncia nell'arco di tempo di due mesi. Allorché, con decisione presa a maggioranza di due terzi, la Commissione ritiene che le condizioni previste dalla presente legge non siano state rispettate, invia il dossier al procuratore del re del luogo in cui è avvenuto il decesso del paziente. Allorché la sospensione dell'anonimato fa emergere fatti o circostanze che possano mettere in dubbio l'indipendenza o l'imparzialità di giudizio di un membro della Commissione, questo membro si escluderà o sarà escluso dall'esame del caso in questione, dalla Commissione.

Art. 9. La Commissione invia alle camere legislative, la prima volta entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, ed in seguito ogni due anni: a) un rapporto statistico basato sulle informazioni raccolte attraverso la seconda parte del documento di registrazione inviata dai medici in base al dettato dell'art. 8; b) un rapporto contenente una descrizione ed una valutazione dell'applicazione della presente legge; c) se si presenta il caso, raccomandazioni suscettibili di sfociare in un'iniziativa legislativa e/o altre misure concernenti l'applicazione della presente legge. Per il compimento di questa missione, la Commissione può raccogliere tutte le informazioni utili presso le diverse autorità ed istituzioni. I dati raccolti dalla Commissione sono riservati. Nessuno di questi documenti può contenere l'identità di persone citate nei dossier inviati alla Commissione nel quadro di controllo previsto all'art. 8. La Commissione può decidere di comunicare informazioni statistiche e puramente tecniche, con l'esclusione di tutti i dati di carattere personale, alle équipes universitarie di ricerca che ne faranno motivata richiesta. Essa può consultare degli esperti.

Art. 10. Il re mette un gruppo amministrativo a disposizione della Commissione in vista del compimento del suo ruolo legale. Gli effettivi e la composizione linguistica del personale amministrativo sono fissati con Decreto Reale deliberato in Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri responsabili di Sanità e Giustizia.

Art. 11. Le spese di funzionamento e le spese del personale della Commissione, così come la retribuzione dei suoi componenti, sono divise a metà fra il ministero della Giustizia e quello della Sanità.

Art. 12. Chiunque, a qualunque titolo, concorra all'applicazione della presente legge, è tenuto al rispetto della segretezza dei dati dei quali viene a conoscenza nell'esercizio della sua funzione o che ad essa attengono. Nei suoi confronti è applicabile l'art. 458 del Codice Penale.

Art. 13. Entro sei mesi dal deposito del primo rapporto e, nel caso, delle raccomandazioni della Commissione previste all'art. 9, le Camere legislative organizzano un dibattito sull'argomento. Il periodo di sei mesi s'intende sospeso nel caso di scioglimento delle Camere legislative e/o di assenza di Governo che abbia la fiducia delle Camere legislative.

CAPITOLO VI

Disposizioni particolari

Art. 14. La richiesta e la dichiarazione anticipata di volontà tali quali sono previste agli artt. 3 e 4 della presente legge non hanno valore di costrizione. Nessun medico può essere obbligato a praticare l'eutanasia. Nessun'altra persona può essere obbligata a partecipare ad un'eutanasia.

Se il medico consultato rifiuta di praticare l'eutanasia, è tenuto ad informare in tempo utile il paziente o la persona di fiducia eventuale, precisandone la ragione. Nel caso in cui il rifiuto è motivato con una ragione medica, questa è allegata alla cartella clinica del paziente. Il medico che rifiuta di dar seguito ad una richiesta di eutanasia, è tenuto, su richiesta del paziente o della persona di fiducia, di comunicare la cartella clinica del paziente al medico designato da quest'ultimo o dalla persona di fiducia.

Art. 15. La persona deceduta in seguito all'eutanasia nel rispetto delle condizioni imposte dalla presente legge è ritenuta deceduta per morte naturale per quanto attiene all'esecuzione dei contratti nei quali era parte, in particolare i contratti di assicurazione. Le disposizioni dell'art. 909 del Codice civile sono applicabili ai membri dell'équipe curante previsti all'art. 3.

Art. 16. La presente legge entra in vigore al più tardi tre mesi dopo la pubblicazione sul *Monitore Belga*.

La situazione svizzera

Prevista una regolamentazione di legge in materia di eutanasia passiva e di eutanasia attiva indiretta.

Il Consiglio federale licenzia il rapporto relativo al postulato Ruffy (Comunicato del 5.7.2000, Dipartimento federale di giustizia e polizia).

Il Consiglio federale si pronuncia in favore di una esplicita regolamentazione di legge sull'eutanasia passiva e sull'eutanasia attiva indiretta. Per contro non intende modificare la disposizione penale sull'eutanasia attiva diretta, ma ribadisce in proposito la necessità di sfruttare al massimo le possibilità offerte dalla medicina e dalle cure palliative. In tal modo il Consiglio federale risponde alla mozione Ruffy, presentata, nel 1994, e trasformata successivamente in postulato.

Il diritto vigente (art. 114 del Codice penale) commina una pena per l'omicidio su richiesta, vale a dire l'eutanasia attiva diretta. Per contro, l'eutanasia attiva indiretta non è disciplinata né nel Codice penale, né in un'altra legge. Vi è eutanasia attiva indiretta quando per lenire le sofferenze si somministrano sostanze i cui effetti secondari possono ridurre la durata della sopravvivenza. Il corpo medico ammette questa forma di eutanasia e la pratica in casi eccezionali. Essa è d'altronde trattata nelle pertinenti Direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Anche l'eutanasia passiva, vale a dire la rinuncia a mettere in atto i provvedimenti necessari al mantenimento in vita o l'interruzione di tali provvedimenti, è ammessa secondo le citate Direttive e praticata nel nostro Paese.

Il Consiglio federale segue in tal modo il parere del gruppo di lavoro "Eutanasia" che raccomanda di disciplinare in una legge queste due forme di eutanasia (passiva e attiva indiretta). Secondo il Consiglio federale l'eutanasia concerne la vita e pertanto il bene giuridico supremo. Ne consegue che la definizione dei limiti fra omicidio lecito e omicidio illecito spetta al legislatore democraticamente legittimato e non alle autorità scientifiche mediche. Una chiara legislazione presenterebbe inoltre il vantaggio di garantire l'uguaglianza giuridica e la certezza del diritto.

L'eutanasia attiva diretta rimane vietata.

La medicina ha fatto grandi progressi e l'eutanasia in generale è diventato un problema della nostra società, di cui si discute apertamente. Si tratta dunque di adeguare il diritto alla realtà senza tuttavia rimettere in discussione il divieto dell'eutanasia attiva diretta.

Il Consiglio federale, dopo approfondita valutazione e tenuto conto dei fondamenti cristiani della nostra società, rinuncia a qualsiasi alleggerimento della norma in vigore.

Ovviamente il Consiglio federale ritiene indispensabile poter offrire ai pazienti incurabili che sono in fin di vita e che chiedono l'eutanasia attiva diretta i mezzi e le possibilità per lenire le loro sofferenze. È pertanto d'avviso che sia assolutamente necessario sfruttare tutte le risorse della medicina e delle cure palliative. Infatti, i nuovi metodi di cura dei pazienti in fin di vita sono ancora relativamente sconosciuti: devono pertanto essere in ogni caso integrati nel sistema di formazione dei futuri medici.

Exit-Italia

Il testamento biologico

Nome e Cognome

Luogo di nascita data

Domicilio

Addì in

nella pienezza delle mie facoltà fisiche e mentali, dispongo quanto segue.

Qualora fossi affetto:

- da una malattia allo stadio terminale,
- da una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile,
- da una malattia implicante l'utilizzo permanente di macchine o altri sistemi artificiali e tale da impedirmi una normale vita di relazione, non voglio più essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico.

Nelle predette ipotesi:

- qualora io soffra gravemente dispongo che si provveda ad opportuno trattamento analgesico pur consapevole di affrettare la fine della mia esistenza;
- qualora non fossi più in grado di assumere cibo o bevande, rifiuto di essere sottoposto all'idratazione o alimentazione artificiale;
- qualora io fossi anche affetto da malattie intercorrenti (come infezioni respiratorie ed urinarie, emorragie, disturbi cardiaci e renali) che potrebbero abbreviare la mia vita, rifiuto qualsiasi trattamento terapeutico attivo, in particolare antibiotici, trasfusioni, rianimazione cardiopolmonare, emodialisi

Sempre nella predetta ipotesi:

Rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine.

Detto inoltre le seguenti disposizioni:

- Richiedo l'assistenza religiosa (la mia confessione è
- Non richiedo alcuna assistenza religiosa
- Il mio corpo può/non può essere donato per trapianti
- Il mio corpo può/non può essere utilizzato per scopi scientifici e didattici
- Io sia cremato (a tale proposito ho già l'iscrizione alla Società di cremazione di
- Io non sia cremato
- Io possa morire a casa mia
- Il mio funerale avvenga

Questo atto, da me coscientemente sottoscritto, avviene di fronte alle seguenti persone:

1.
2.
3.

che, sottoscrivendo, atte stano la veridicità della presente mia dichiarazione di volontà.

Resta inteso che questa mia dichiarazione di volontà, purché mi trovi nella pienezza delle facoltà mentali e fisiche, potrà essere da me revocata e modificata in ogni momento: le persone coinvolte nella presente dichiarazione dovranno prenderne atto.

Lo scopo principale di questo mio documento è di salvaguardare la dignità della mia persona, riaffermando il mio diritto di scegliere fra le diverse possibilità di cura disponibili ed eventualmente anche rifiutarle tutte, diritto che deve essere garantito anche quando avessi perduto la mia possibilità di esprimermi in merito. E questo al fine di evitare l'applicazione di terapie che non avessero altro scopo di prolungare la mia esistenza in uno stato vegetativo o incosciente e di ritardare il sopravvenire della morte.

Dispongo che copia della presente dichiarazione sia trasmessa all'Associazione EXIT-ITALIA per il diritto ad una morte dignitosa, di cui sono socio, con sede in Torino, Corso Monte Cucco, 144.

Firma del dichiarante

Firma della persona nominata fiduciaria

Firma dei testimoni

Disposizione particolare.

Nel caso in cui anche la sospensione di ogni trattamento terapeutico non determini la mia morte, chiedo mi venga praticato il trattamento eutanasico nel modo che sarà ritenuto opportuno per una buona morte.

EXIT-ITALIA

Associazione italiana per il diritto ad una morte dignitosa
Corso Monte Cucco, 144 - 10141 Torino