

di Lorenzo Cantoni

1. Nozione

Dopo aver già da tempo abbandonato il legame con l'etimo greco di *morte buona*, il termine eutanasia viene usato nell'attuale dibattito in sensi spesso molto diversi. Frequentemente si distingue fra eutanasia *attiva* — o *positiva*, o *diretta* —, là dove il medico, o chi per lui, interviene direttamente per procurare la morte di un paziente, ed eutanasia *passiva* — o *negativa*, o *indiretta* —, dove si ha invece astensione da interventi che manterrebbero la persona in vita. Si distingue inoltre fra eutanasia *volontaria*, quella esplicitamente richiesta dal paziente, ed eutanasia *non volontaria*, quando la volontà del paziente non può essere espressa, perché si tratta di persona incapace.

Eutanasia si oppone talora a *distanasia* o ad *accanimento terapeutico*, che indicano invece il ricorso a interventi medici di prolungamento della vita non rispettosi della dignità del paziente. Prossimo concettualmente e fattualmente all'eutanasia, benché distinto da essa, è poi il *suicidio medicalmente assistito*, in cui la morte è conseguenza diretta di un atto suicida del paziente, ma consigliato e/o aiutato da un medico. Si tratta, come si vede, di una mappa di significati tutt'altro che omogenea e definita, e assai sensibile alla prospettiva teorica adottata.

Una definizione completa e precisa — abitualmente citata anche da autori che non ne condividono le valutazioni etiche concomitanti — si trova nella *Dichiarazione sull'eutanasia "lura et bona"*, pubblicata dalla Congregazione per la Dottrina della Fede il 5 maggio 1980, al n. 6: "*Per eutanasia s'intende un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati*".

2. Sofferenza, trattamento del dolore ed eutanasia

Una delle caratteristiche definitorie dell'eutanasia è dunque il suo obiettivo di ridurre la sofferenza. Talora si ritiene che la richiesta di un intervento eutanasiaco o di un'assistenza al suicidio da parte dei pazienti sia direttamente proporzionale alla gravità della loro malattia, e alla loro sofferenza. Si

tratta, invero, di una semplificazione indebita. Se prendiamo in esame i casi di suicidio, per esempio, *“gli studi indicano — secondo il documento *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*, pubblicato nel 1994 dallo Stato di New York — che su molti pazienti con grave sofferenza, sfiguramento o disabilità, la grande maggioranza non desidera il suicidio. In uno studio su pazienti malati terminali, fra quelli che espressero una volontà di morire, tutti soddisfacevano i criteri di diagnosi della depressione endogena”*.

L'esperienza degli Hospice, cliniche il cui obiettivo primario è l'umanizzazione dell'assistenza ai pazienti in fin di vita, e il trattamento del dolore — attraverso le cosiddette cure “palliative” — mette in dubbio ulteriormente questa correlazione fra sofferenza e desiderio di morire apparentemente così ovvia: *“Pazienti con una sofferenza non controllata — si legge nel documento citato — possono vedere la morte come l'unica fuga dalla sofferenza che stanno sperimentando. In ogni caso, la sofferenza non è solitamente un fattore di rischio indipendente. La variabile significativa nel rapporto fra sofferenza e suicidio è l'interazione fra sofferenza e sentimenti di disperazione e depressione”*.

3. Aspetti legali e giuridici dell'eutanasia

Benché il Parlamento inglese avesse discusso già nel 1936 una proposta di legalizzazione dell'eutanasia, e con l'eccezione della legislazione nazionalsocialista, fino a un periodo molto recente essa non ha avuto posto nella legislazione come fattispecie a sé: la pratica eutanassica viene ricondotta, a volta a volta, ad altre fattispecie esistenti; in Italia, per esempio, essa configura i reati di *omicidio del consenziente*, previsto dal codice penale all'articolo 579, e di *istigazione o aiuto al suicidio*, di cui all'articolo 580.

In questo contesto giuridico si situano, con effetti non ancora pienamente prevedibili, sia la depenalizzazione dell'eutanasia nel Regno dei Paesi Bassi nel 1994, sia la sua legalizzazione nel Territorio del Nord della Federazione Australiana nel 1995.

Nel Regno dei Paesi Bassi la depenalizzazione dell'eutanasia è stata introdotta con una modifica all'articolo 10 del *Regolamento di polizia mortuaria*; esso ha stabilito, a partire dal giugno del 1994, la non punibilità dei medici che abbiano aiutato a morire i propri pazienti ma siano in grado di

dimostrare di aver rispettato una serie di condizioni. L'atto eutanasiico deve essere infatti documentato da una relazione scritta da cui risulti che il paziente sia stato affetto da malattia inguaribile, che vi siano state sofferenze insopportabili e che il malato l'abbia richiesto reiteratamente; tali condizioni devono poi essere confermate da parte di un collega del medico dichiarante; questo documento deve inoltre riportare la storia clinica del paziente e i mezzi utilizzati per l'eutanasia. La relazione viene notificata dal medico a un pubblico ufficiale, *coroner*, con funzioni giudiziarie.

Dal momento che nel codice penale olandese sono rimasti in vigore sia l'articolo 293, che punisce l'omicidio di consenziente, sia l'articolo 294, che punisce l'istigazione e l'assistenza al suicidio, per depenalizzare l'eutanasia il legislatore olandese ha fatto ricorso all'articolo 40 del medesimo codice, che prevede la scriminante della forza maggiore. La richiesta del paziente viene allora considerata come una "forza maggiore", che rende non perseguibile il medico che pratica l'eutanasia. Tale posizione introduce nell'ordinamento giuridico, a ben vedere, una discriminazione decisa fra *vita sana* — che il medico ha l'obbligo di tutelare — e *vita malata*, la cui tutela non è più obbligatoria.

Nel Territorio del Nord della Federazione Australiana a partire dal giugno del 1995 è entrata in vigore la "Legge dei diritti del malato terminale", che legalizza l'eutanasia. Questa legge legittima la possibilità per il paziente cosciente e maggiorenne di richiedere l'eutanasia nell'ipotesi in cui sia affetto da una malattia inguaribile e le sofferenze siano talmente forti che nessuna terapia sia in grado di alleviarle. A differenza della normativa olandese, quella australiana viene ad affermare l'esistenza di un "diritto alla morte", dal momento che l'eutanasia vi è considerata come un trattamento medico posto a tutela della persona, accettando così che anche altre persone, nel caso in cui il paziente sia incapace, possano firmare, in rappresentanza del malato e alla presenza dei testimoni, una richiesta di eutanasia. Tale normativa non prevede inoltre alcuna pena specifica per i medici che effettuino l'eutanasia in mancanza dei requisiti previsti.

4. Elementi per una valutazione etica

Rispetto al suicidio nell'eutanasia vi è un elemento nuovo: l'intervento di un'altra persona, quasi sempre di un medico o di un operatore sanitario, intervento inteso ad alleviare il dolore con il porre

un termine alla vita del paziente.

Si tratta, anzitutto, di una risposta tutt'altro che ovvia: un omicidio sarebbe l'aiuto adeguato a un sofferente; ovvero si verrebbe addirittura a configurare un dovere da parte di qualcuno — il medico o chi per lui — di uccidere una persona che gliene faccia richiesta; o, ancora, si attribuirebbe a qualcuno — medico, giudice, familiare? — il diritto di stabilire se una vita innocente è meritevole o no d'essere vissuta.

“Bisogna rispettare la libertà del paziente”, si ripete spesso da parte dei sostenitori dell'eutanasia; s'incorre così nella cosiddetta “aporia dello schiavo”: si può rinunciare *liberamente* alla *libertà*, alla condizione fondamentale del suo normale esercizio, la vita? La richiesta del sofferente è piuttosto quella che gli si allevi il dolore, e tale è la responsabilità del medico; suo compito è accostarsi al paziente per alleviarne le sofferenze fisiche e spirituali, non essere arbitro della sua vita e della sua morte. Ben chiaro era questo limite ne *Il giuramento* di Ippocrate di Cos (ca. 460-377 a. C.), in cui si legge: “*Non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone, né mai proporrò un tale consiglio*”; questo impegno a favore della vita e contro la morte è ribadito anche nel *Codice di Deontologia Medica* — approvato dal consiglio nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri il 24 giugno 1995 — all'articolo 35: “*Il medico, anche se richiesto dal paziente, non deve effettuare trattamenti diretti a menomarne la integrità psichica e fisica e ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte*”.

La condizione per ammettere la liceità — e la legalità — dell'eutanasia è l'affermazione di un diritto onnipotente e irresponsabile dell'uomo a disporre della propria vita, e a chiederne la soppressione, una volta che questa sia “senza valore”. Ma una volta affermato che la vita “senza valore” può essere soppressa, a chi spetterà poi il diritto e l'onere di stabilire quando la vita è tale? Perché, infatti, dovrebbero “beneficiare” del diritto all'eutanasia solo i malati, o solo gli anziani, o solo i malati gravi?

Prima di procedere nell'analisi etica conviene far cenno a due possibili e importanti conseguenze di una legalizzazione, o comunque di una diffusione della prassi eutanastica. La prima è l'affievolirsi dell'attenzione al trattamento della sofferenza: laddove l'opzione eutanastica fosse accolta come possibile, ne conseguirebbe molto probabilmente un affievolimento dello sforzo teso a ridurre la

sofferenza, soprattutto per quanto riguarda i gruppi socialmente ed economicamente più deboli, per i quali il ricorso all'eutanasia diventerebbe la soluzione più "ovvia" ed economica. Introdotta la possibilità dell'opzione eutanasi — siamo al secondo prevedibile effetto — si assisterebbe inoltre a una sorta d'inversione dell'onere della prova della dignità e del valore di ogni vita umana. In altre parole: il paziente terminale dovrebbe continuamente giustificare la propria scelta di non richiedere l'eutanasia di fronte ai famigliari e al personale medico.

La stretta e inscindibile connessione fra suicidio ed eutanasia già ha indicato alcuni presupposti di una cultura eutanasi, in particolare l'incapacità di dare senso alla sofferenza e alla morte, e una concezione della persona umana come soggetto di un diritto onnipotente sulla vita e sulla morte. Proprio a questa profondità s'incontra un'insanabile opposizione rispetto alla posizione religiosa, che considera la vita come dono di Dio, bene di cui l'uomo è beneficiario e responsabile, ma non proprietario.

In tal senso si può allora ben comprendere l'insegnamento della Chiesa cattolica, che da tempo è intervenuta con puntualità e decisione in tema di eutanasia. Si possono ripercorrere i temi principali di tale insegnamento leggendo un brano dell'enciclica *Evangelium vitae* sul valore e l'invulnerabilità della vita umana di Papa Giovanni Paolo II, del 25 marzo 1995, al n. 66: *"Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante "perversione" di essa: la vera "compassione", infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza. [...]"*

"La scelta dell'eutanasia diventa più grave quando si configura come un omicidio che gli altri praticano su una persona che non l'ha richiesta in nessun modo e che non ha mai dato ad essa alcun consenso. Si raggiunge poi il colmo dell'arbitrio e dell'ingiustizia quando alcuni, medici o legislatori, si arrogano il potere di decidere chi debba vivere e chi debba morire. [...]"

"Così la vita del più debole è messa nelle mani del più forte; nella società si perde il senso della giustizia ed è minata alla radice la fiducia reciproca, fondamento di ogni autentico rapporto tra le persone".

Aggiornamento (luglio 2001)

Nel 1996, l'anno seguente alla sua approvazione, la legge del Territorio del Nord della Federazione Australiana che legalizzava l'eutanasia è stata abrogata.

L'11 aprile 2001 è stata approvata dal Senato olandese la Legge su eutanasia e suicidio assistito. La legge, già approvata dalla Camera dei Deputati nel novembre 2000, ufficializza l'impunità di fatto di cui hanno finora goduto i medici che ponevano fine alla vita dei pazienti gravi o morenti con la somministrazione di dosi letali di farmaci o interrompendo cure ordinarie necessarie alla vita. Unica condizione è il rispetto di una serie regole, sostanzialmente le 28 condizioni già indicate dalla legge nel 1994, con l'aggiunta di precisazioni sui minori (il limite minimo d'età per scegliere l'eutanasia è 16 anni, mentre dai 12 ai 16 e per i disabili mentali occorre il consenso di un genitore o tutore) e del riconoscimento del "testamento di vita", nel caso il paziente non sia in grado di esprimere la sua volontà. La pratica dell'eutanasia ha smesso così di essere sottoposta al controllo della magistratura ed è stata affidata esclusivamente ai medici, come una qualsiasi forma di terapia.

Aggiornamento (gennaio 2003)

Il 28 maggio 2002 nel Regno del Belgio è stata approvata una legge sull'eutanasia volontaria. La legge, che è entrata in vigore il 23 settembre 2002, sancisce la non punibilità per i medici che praticano l'eutanasia su pazienti maggiorenni - o su minorenni, purché capaci d'intendere e di volere - che la richiedano in modo libero, consapevole e ripetuto, in presenza di una patologia "grave e incurabile", che rechi sofferenze considerate insopportabili e costanti.

Il testo di legge precisa che tali sofferenze possono essere sia fisiche che psichiche, dilatando così indefinitamente i limiti di applicabilità della normativa; esige inoltre che la richiesta dell'atto eutanasi sia messa per iscritto. In caso di incoscienza, hanno valore legale le direttive anticipate del paziente, che devono essere scritte, e che hanno validità quinquennale.

Il medico, per quanto tenuto a informare il paziente sulle terapie del dolore disponibili (cure palliative), viene di fatto a essere un mero esecutore della volontà del paziente: il suo intervento si

risolve nell'attuazione - con mezzi non specificati dalla legge - dell'atto eutanasi e nella compilazione di un rapporto da sottoporre a una commissione esaminatrice, che è chiamata a valutarlo sulla base della sola correttezza procedurale.

Aggiornamento (gennaio 2007)

di Silvia De Ascaniis

Regno del Belgio

Dalla metà di aprile del 2005 in 250 farmacie del Belgio è stato messo in vendita il "kit per l'eutanasia", un cofanetto dal prezzo di 60 euro non rimborsabili dal servizio sanitario che contiene tre dosi di un potente barbiturico, un paralizzante e qualche dose di sonnifero. Possono acquistarlo i medici di base previa presentazione alla farmacia di una prescrizione dettagliata simile a quella adoperata per la richiesta di sostanze stupefacenti. La diffusione del *kit* fa seguito alle richieste dei medici di famiglia, che si erano ripetutamente lamentati delle difficoltà di accesso alle sostanze letali - precedentemente fornite solo dalle farmacie degli ospedali - e alle sollecitazioni della commissione federale del Parlamento, incaricata di valutare l'applicazione di una legge che ne agevola la vendita. Si tratta di un ulteriore passo verso la socializzazione e la banalizzazione della pratica eutanasi, in quanto il *kit* facilita il trapasso a pazienti che preferiscono morire a casa, assistiti dai famigliari.

Repubblica Francese

Il 22 aprile 2005 in Francia è stata approvata una legge sui "diritti dei malati e la fine della vita" (legge n° 2005-370), che regola l'eutanasia passiva e il testamento di vita. La legge si è presentata come risposta al "vuoto legislativo" additato come causa di sentenze contraddittorie emanate dai tribunali francesi su recenti casi di eutanasia, giustificandosi come tutela contro l'accanimento terapeutico. Essa autorizza i medici a interrompere la terapia e l'assistenza quando questa sembra "inutile, sproporzionata o non sortisce altro effetto se non quello di mantenere in vita artificialmente" (art. 9), oltre che a prescrivere farmaci anti-dolorifici, anche se questi aumentano i rischi di decesso. In caso il malato sia impossibilitato a chiedere la sospensione dei trattamenti il testo autorizza i famigliari a farlo. Chi non volesse essere "terminato" a sua insaputa,

deve dichiararlo in precedenza, per iscritto.

Per far valere il diritto al rifiuto delle cure (in caso d'incoscienza) la legge si appoggia allo strumento del testamento biologico. Qualunque persona maggiorenne può compilarlo e lasciarlo in custodia a chiunque di sua fiducia, si tratti di un medico, di un familiare, di personale addetto all'assistenza, o di terzi. La scadenza è fissata ogni tre anni, e in caso di mancato rinnovo le direttive rimangono indicazioni per il medico ma non obbligo.

Il testo di legge non specifica se idratazione e alimentazione siano da considerarsi trattamenti medici alla stregua della prescrizione di farmaci o d'interventi chirurgici, oppure requisiti d'assistenza di base come riscaldamento, pulizia e movimento. Non si tratta solo di una questione di forma, in quanto, se ritenute terapie, potrebbero essere interpretate come forme di accanimento terapeutico, e sarebbe legale far morire i malati di fame e di sete.

Confederazione Elvetica

L'articolo 115 del codice penale svizzero datato 27 dicembre 2005 sancisce la punibilità di chi istiga o aiuta qualcuno a suicidarsi spinto da un movente di natura egoistica. Questo significa che se il movente è diverso - per esempio se è il suicida stesso a chiedere aiuto per morire - non si è perseguiti penalmente. La disposizione non ha, all'origine, alcun legame con la professione sanitaria né con il malato terminale, ma è stata utilizzata anche per porre in atto comportamenti eutanasi. Organizzazioni come *Exit* o *Dignitas* prestano assistenza al suicidio nell'ambito di questa legge, in quanto non è possibile addebitare loro motivi egoistici.

Repubblica Federale di Germania

Ha una posizione ambigua. L'istigazione al suicidio - quindi anche l'assistenza ad esso - non è punita, purché l'ultimo atto da cui consegue la morte venga praticato dal suicida stesso. I casi di suicidio direttamente assistito, come quelli di cosiddetta "eutanasia passiva", vengono giudicati sulla base delle disposizioni sull'omissione di soccorso - che risulta piuttosto evidente quando la

persona rifiuta l'aiuto perché vuole morire - e sul maltrattamento di persone tutelate, ma la legge è interpretata in modi diversi nei vari processi.

Regno dei Paesi Bassi

Nel 2002 un gruppo di medici neonatologi della clinica universitaria di Groningen in stretta collaborazione con un procuratore distrettuale ha formulato il cosiddetto "protocollo di Groningen", che nel marzo del 2005 è stato adottato dalla Commissione di Regolamentazione. Il protocollo rappresenta un'estensione della legge del 2001 sull'eutanasia in quanto indica i requisiti necessari e la procedura da seguire per praticare l'eutanasia ai bambini al di sotto dei 12 anni e ai neonati, se i medici e i genitori concordano che "la morte sia più umana della continuazione della vita". Tra i requisiti da soddisfare si legge che "la diagnosi e la prognosi devono essere certe", devono configurare una situazione di "sofferenza insopportabile e disperata" ed essere "confermate da un medico indipendente". Vi è l'obbligo di mettere per iscritto tutte le fasi del processo decisionale ed è prevista un'assistenza per i genitori, di natura non specificata.

L'accordo medico-giudiziario è stato possibile perché la legge che regola l'eutanasia si applica a quei casi ritenuti "estremi" per cui è accolta l'eccezione rispetto all'omicidio. Una vita di sofferenza che non può essere alleviata è considerato uno di questi casi estremi, anche se il soggetto è un neonato per il quale non è possibile stabilire il livello di dolore reale e la sua tollerabilità, si può prevedere solo parzialmente l'evoluzione della malattia e le sue conseguenze e nulla si può dire su come il bambino affronterà la sua condizione di vita.

Repubblica Italiana

In base alla legislazione vigente, l'eutanasia non è mai consentita. La forma indiretta è considerata omicidio doloso e sanzionata secondo l'articolo 575 del codice penale. La forma diretta è assimilata all'omicidio del consenziente e punita meno gravemente secondo l'articolo 579 del c.p.. Vi è una

valutazione negativa dell'ordinamento anche nei confronti del suicidio: non viene punito il suicida, nell'ipotesi in cui un suo gesto non raggiunga l'obiettivo, ma viene sanzionata l'istigazione al suicidio in base all'art. 580 del c.p.. In base al cosiddetto "consenso informato", chiunque ha diritto di decidere se vuole essere curato per una malattia o sottoposto a una determinata terapia o esame diagnostico, dopo essere stato informato dal medico sugli effetti degli stessi; tale diritto è garantito dall'art. 32 della Costituzione secondo cui "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

In Commissione Sanità al Senato è iniziato l'esame di vari disegni di legge aventi a oggetto le cosiddette "dat" - dichiarazioni anticipate di trattamento; al momento, non è stato ancora adottato un unico testo di riferimento e si sta procedendo ad audizioni di tecnici o di rappresentanti di associazioni. Il quadro appare a volte confuso in quanto si fanno coincidere le "dat" con il rifiuto dell'accanimento terapeutico, per il quale non è necessaria una legge, essendo possibile, e anzi garantito già oggi.

Per approfondire: vedi di chi scrive, insieme con Giovanna Fravolini, *Thanatos ed eutanasia*, in *Cristianità*, anno XXIV, n. 249, gennaio 1996, pp. 5-14, e *Analisi dei risvolti giuridici sociali ed etici connessi alle recenti esperienze legislative in materia di eutanasia*, in *Rassegna dell'Arma dei Carabinieri*, n. 2, aprile-giugno 1996, pp. 26-40; vedi elementi per una corretta valutazione etica in Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, 2a ed., Vita e Pensiero, Milano 1994, pp. 631-681. Sulla morte e sull'assistenza al morente vedi E. Sgreccia, Antonio G. Spagnolo e Maria Luisa Di Pietro (a cura di), *L'assistenza al morente. Aspetti socio-culturali, medico-assistenziali e pastorali*, Vita e Pensiero, Milano 1994. Sulla posizione della Chiesa cattolica vedi anche Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori sanitari*, 4a ed., Città del Vaticano 1995, nn. 119-124 [cfr. L. Cantoni, *La "Carta degli operatori sanitari". Una presentazione*, in *Cristianità*, anno XXIII, n. 239, marzo 1995, pp. 6-10].