

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA
CORSO DI DIRITTO PENALE COMPARATO

TESINA SULL'EUTANASIA

**«Viaggio nelle problematiche relative alla legalizzazione dell'eutanasia:
partendo dall'Ordinamento statale olandese - in particolare,
giurisprudenza penale e formazione delle leggi -
passando attraverso il panorama internazionale dei diritti umani
per arrivare alle 'chance' di questa nel Sistema penale italiano.»**

Daniela F. Pellegrini

Tatiana Botta

ANNO ACCADEMICO 2000/2001

SOMMARIO

EUTANASIA

«Viaggio nelle problematiche relative alla legalizzazione dell'eutanasia: partendo dall'Ordinamento statale olandese - in particolare, giurisprudenza penale e formazione delle leggi - passando attraverso il panorama internazionale dei diritti umani per arrivare alle 'chance' di questa nel Sistema penale italiano.»

INTRODUZIONE

PREMESSA	pag.2
IL NOSTRO GLOSSARIO	pag.2
UNA OSSERVAZIONE	pag.4

parte I°: È UN PROBLEMA DI "DIRITTI UMANI"

cap.1 «DAL PUNTO DI VISTA DEI DIRITTI UMANI...»

1. DIRITTI UMANI	pag.6
1.1 I concetti di "diritto alla vita" e "diritto di vivere"	pag.6
▪ Il "diritto alla vita", lacune nel suo raggio di protezione, un nuovo concetto: il "diritto di vivere".	pag.6
▪ La complementarità delle nozioni di "diritto alla vita" e di "diritto di vivere"	pag.7
1.2 La protezione del diritto alla vita nella <i>Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo</i>.	pag.10
1.2.I. L'estensione del diritto alla vita	pag.10
▪ Problematiche legate al 'inizio della vita'	pag.10
- aborto e eutanasia: similitudini	pag.10
▪ Problematiche legate alla 'fine della vita'	pag.11
- il "diritto di morire"	pag.11
- pena di morte e eutanasia: quale rapporto	pag.13
1.2.II. L'estensione delle obbligazioni dello Stato	pag.14
1.2.III. Le limitazioni e le deroghe al "diritto alla vita"	pag.15
▪ Comparazione dell'art.2CEDU con l'art.3Dich.Univ.dei Dir. dell'Uomo.	pag.15
▪ Qualche aspetto della giurisprudenza relativa all'art.2	pag.15
▪ In particolare: la Commissione europea dei diritti dell'uomo.	pag.16
2. IL PROBLEMA DI UNA TUTELA ARMONICA DEI DIRITTI FONDAMENTALI NEL QUADRO DELL'UNIONE EUROPEA	pag.16
2.1 Necessità di riformulare i diritti fondamentali.	pag.16
2.2 Unione europea come stato federale?	pag.16
2.3 Comparazione: 'Strasburgo contro Lussemburgo'.	pag.17

2.4 La misura del controllo giudiziario: le riserve nazionali per la restrizione dei diritti individuali fondamentali.	pag.18
2.5 Teorie.	pag.18
▪ La tesi di <i>Denninger</i> .	pag.18
▪ La trasformazione dei diritti fondamentali.	pag.19
▪ Il carattere finalistico/programmatico come elemento discriminatorio dei Testi comunitari rispetto ai Testi costituzionali nazionali.	pag.19
2.6 Per concludere.	pag.20

cap.2 «LA PAROLA AGLI ORGANI COMUNITARI»

1. Il Parlamento europeo sui diritti dell'uomo.	pag.21
2. La « protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti » dal Parlamento europeo al Comitato dei ministri del Consiglio europeo.	pag.23
2.I. Raccomandazione 1418/1999	pag.23
2.II. Risposta del Comitato dei Ministri alla Raccomandazione 1418/1999	pag.23
2.III. Da Strasburgo, appello di <i>M.me Gatterer</i>	pag.25

parte II°: L'EUTANASIA

Cap.1 «PARLANDO DI "EUTANASIA"»

1. NOTE GENERALI	pag.27
▪ Varie forme di eutanasia.	pag.27
▪ Eutanasia sugli animali da laboratorio	pag.27
2. NOTE STORICHE	pag.28
2.1 L'eutanasia nella cultura umana	pag.28
2.2 Casi dalla storia	pag.29
3. POSIZIONI NEL DIBATTITO	pag.30
3.1 Dalla parte della religione: quale parte?	pag.30
▪ La Chiesa cattolica	pag.30
▪ La Chiesa valdese	pag.30
3.2 I movimenti a sostegno dell'eutanasia	pag.31
▪ Nel mondo.	pag.31
▪ In Italia.	pag.32

3.3 DALLA PARTE DEI MEDICI	pag.33
3.3.1 Responsabilità del medico.	pag.33
3.3.2 I principi di etica medica europea.	pag.33
3.3.3 Comitato Nazionale per la Bioetica, questioni bioetiche relative alla fine della vita umana.	pag.33
▪ Sorti di una possibile legislazione	pag.33
▪ Il consenso informato	pag.33
Cap.2 L'EUTANASIA IN ITALIA	
1. Eutanasia terapeutica: tentativi di definizione	pag.36
1.1 dal punto di vista dell'AZIONE/OMISSIONE	pag.37
1.2 dal punto di vista del CONSENSO	pag.38
1.3 Un altro criterio di discriminazione	pag.39
2. Nel nostro ordinamento	pag.40
2.1 eutanasia e codice penale	pag.40
2.1. I. omicidio (comune volontario).	pag.40
2.1. II. omicidio del consenziente: l'<i>eutanasia attiva</i> nel codice.	pag.40
▪ La nozione di <i>Van der Maas</i>.	pag.40
▪ Il codice vigente.	pag.40
▪ Art.579c.p.	pag.40
▪ Gli elementi costitutivi.	pag.41
▪ In particolare, il consenso del morente.	pag.41
2.1. III. Il suicidio assistito	pag.42
2.2 L'<i>eutanasia passiva</i> nel codice.	pag.42
2.3 Il <i>living will</i> nel nostro ordinamento.	pag.42
2.4 Dalla stampa	pag.43
2.5 Conclusioni	pag.44
3. «Ai sensi della legge...»	pag.45
3.1 Legge 1° aprile 1999 n.91 «DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RILIEVI E TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI»: primi passi verso la pratica eutanastica?	pag.45
3.2 Tentativi di regolamentazione	pag.46
3.2.1 PROPOSTE DI LEGGE	pag.46
I. Proposta n.2405, 19 dicembre 1984, On. Fortuna e altri (IX° Legislatura), sulla «tutela della dignità della vita e disciplina dell'<i>eutanasia passiva</i>».	pag.46
II. Proposta 2 luglio 1987	pag.48
III. Proposta Veronesi e altre	pag.49

3.2.2 BOZZE PER PROGETTI DI LEGGE	pag.49
I. “Disposizioni a garanzia della libertà di scelta in materia di interruzione volontaria della propria sopravvivenza (bozza di documento)”	pag.50
II. “Schema di disegno di legge per la legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito”	pag.52

Cap3 L'EUTANASIA IN OLANDA

1. L'ORDINAMENTO DELLO STATO OLANDESE	pag.54
1.1 La storia dello Stato olandese.	pag.54
1.2 Lo Statuto	pag.55
1.3 La Costituzione	pag.56
1.4 La monarchia come forma di governo	pag.56
1.4.1 Il Governo	pag.56
1.4.2 Il Capo dello Stato	pag.57
1.4.3 Il Consiglio dei Ministri	pag.57
1.4.4 Supremi organi collegiali dello Stato	pag.58
▪ Il Consiglio di Stato	pag.58
▪ La Corte dei Conti	pag.59
1.4.5 Ombudsman, il difensore civico nazionale	pag.59
1.5 La democrazia rappresentativa	pag.59
1.5.1 Il Parlamento	pag.60
▪ Procedimento di formazione delle leggi	pag.61
1.5.2 I partiti politici	pag.62
▪ Il finanziamento dei partiti politici	pag.62
1.6 Lo Stato di diritto	pag.63
1.6.1 L'amministrazione della giustizia	pag.63
▪ La Corte di Cassazione	pag.64
▪ Il diritto internazionale	pag.64
▪ Il diritto amministrativo	pag.64
1.7 Il decentramento dello stato unitario	pag.65
1.7.1 Le province	pag.66
1.7.2 I comuni	pag.67
1.7.3 Waterschappen	pag.67
2. LA LEGGE OLANDESE CHE 'DOVREBBE' LEGALIZZARE L'EUTANASIA	pag.68
2.1 Ma non è una legge approvata!	pag.68
2.2 Il <i>punctum dolens</i>.	pag.68
2.3 Obiettivo: forse 'legalizzazione'. Prima era 'autorizzazione con rischio di pena'.	pag.69
2.4 Contenuti della legge.	pag.70

3. NEI PAESI BASSI I MEDICI SONO PUNITI O NO PER L'EUTANASIA?	pag.72
3.1 Il codice.	pag.72
3.2 La giurisprudenza.	pag.73
3.2.1 I criteri di avvedutezza della giurisprudenza.	pag.72
3.2.2 Promozione di azione giudiziaria.	pag.73
3.3 La procedura di segnalazione.	pag.73
3.4 Due ipotesi assimilabili alla disciplina dell'eutanasia.	pag.75
3.4.1 Il suicidio assistito.	pag.75
3.4.2 Le sofferenze psichiche o neonati malformati.	pag.75
3.4.3 Somministrazione fisica dell'eutanasia.	pag.75
3.5 Cronologia delle decisioni.	pag.76
4. CONCLUSIONI	pag.78
4.1 Il punto.	pag.78
4.2 Alcune ulteriori osservazioni di carattere sociale.	pag.80
4.3 Concludendo.	pag.80
4.4 Nota bibliografica minima	pag.80

- **Allegati**

- **Bibliografia**

INTRODUZIONE

PREMESSA

Il problema è quello di capire qual è “il problema”.

La disputa che cresce intorno alla questione, genericamente definita *Eutanasia*, per come viene (non) gestita crea molta confusione.

Infatti, di eutanasia se ne può parlare in tanti modi e a noi sembra che, le parti che si trovano a dibattere (?) sulla questione non sempre dimostrino di capire “che cosa chiede a chi” e “perché”.

La Chiesa, in riferimento alla vita, parla di *valore irrinunciabile*; riferendosi alla morte, invece, il Diritto positivo spesso parla di *reato* mentre le associazioni ed i movimenti pro-eutanasia parlano di *diritto innegabile*.

A questo proposito condividiamo alcune espressioni del *Comitato Nazionale di Bioetica*⁴ (di seguito CNB) laddove dice che «è auspicabile che nel nostro paese si cominci ad affrontare il tema in modo serio» e soprattutto «non da ideologie e pregiudizi», avendo quindi rispetto verso tutte le diverse posizioni, «ma da serene e approfondite valutazioni etiche e sociali».

IL NOSTRO GLOSSARIO

Per completare la nostra premessa, è necessario compilare quella parte che rappresenterà il nostro glossario, e nella quale segnaleremo, senza alcuna pretesa di completezza, la varietà di espressioni utilizzate per la descrizione dei diversi fenomeni, tentando anche di darne una definizione.

Eutanasia.

Il significato etimologico del termine *eutanasia* proviene dal greco: *eu*-buono, *thanatos*-morte quindi “buona morte”.

Il termine che si è evoluto, fa oggi riferimento all’atto di concludere la vita di un’altra persona, dietro sua richiesta allo scopo di diminuirne le sofferenze¹.

Consiste nel determinare o nell’accelerare la morte mediante il diretto intervento del medico, utilizzando farmaci letali².

Eutanasia attiva – Questo termine si riferisce alla morte che viene procurata allo scopo di alleviare il dolore del paziente³.

Eutanasia passiva – Per qualcuno questo è un termine usato a sproposito dai mezzi di comunicazione; l’unica cosa a cui si riferisce è la ‘morte naturale’, quando cioè viene sospeso l’uso

⁴ dal sito: <http://utenti.fastnet.it/marinelli/bioetica/eust.html>

Tutte le parti contrassegnate dal numero:

¹ da altri siti minori

² dal sito www.liberauscita.it

³ vedi anche definizione di *Van Der Maas supra* pag.40

di strumenti vitali o delle medicine in modo che si verifichi una morte completamente naturale, che non contrasti con le leggi della natura¹.

Suicidio assistito.

Indica l'atto mediante il quale un malato si procura una rapida morte grazie all'assistenza del medico: questi prescrive i farmaci necessari al suicidio 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 malato².

È correlato all'eutanasia e avviene quando qualcuno dà le informazioni e i mezzi necessari ad un malato affinché possa far finire facilmente la propria vita¹.

Testamento biologico o *living will* ⁵.

È l'atto con il quale una persona esprime in anticipo il desiderio di non essere curata oppure di ricevere la morte, in presenza di una malattia a decorso incurabile².

Il *living will* è un documento sottoscritto dall'interessato in presenza di testimoni, nel quale il soggetto dichiara quali tipi di terapie vuole o non vuole ricevere nel caso in cui, nella condizione di malato terminale, divenga "incompetente" cioè incapace di esprimere verbalmente le proprie volontà

Il *living will* rappresenta una forma di ***advance directives***. Le altre forme sono:

La ***healt care durable power of attorney*** contiene la designazione di una o più persone che decidono sui trattamenti che il firmatario deve ricevere, nel caso in cui questi non fosse più in grado di esprimere la propria volontà

Il ***value history form***, ideata recentemente, è una dichiarazione integrativa del *living will* nella quale il soggetto illustra le motivazioni che hanno ispirato le sue scelte di sospendere o rifiutare certi trattamenti medici.

Altre nozioni "quasi" mediche.

Astensione terapeutica - Indica la morte del malato determinata, o meglio accelerata, dall'astensione del medico dal compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita stessa².

Distanasia: accanimento terapeutico

⁵ vedi **allegati I**^o (atto in versione *testamento biologico*) e **II**^o (atto in versione *living will*)

Accanimento terapeutico - È l'insieme degli interventi rianimatori, farmacologici e chirurgici finalizzati a garantire la pura sussistenza biologica dell'individuo, nel quale il processo di morte è già avviato e per il quale non esistono possibilità di recupero.

Secondo la definizione data dall'**art.20cod.med.deont.it.** consiste in «*irragionevole ostinazione in trattamenti da cui non si possa attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita*»¹

Il termine designa quell'atteggiamento che, a seguito dell'avvento delle tecniche di rianimazione, si diffuse tra i sostenitori dell'*oltranzismo terapeutico*, i quali si ostinavano a sottoporre ad esse, persone che già non potevano più considerarsi esseri viventi e senza ottenere alcun risultato.

Questo argomento ha fatto nascere molta confusione e grandi incertezze lasciando in secondo piano il fatto che 'i criteri di accertamento della morte sono già stati stabiliti dalla **legge 644/1975** negli artt.3 e 4'.

In ogni caso finché il soggetto è in vita non si può parlare di accanimento terapeutico, detto altrimenti *distanasia*, neanche per indicare quei trattamenti che non portano a nulla di buono ma che non aggravano la situazione del malato.

Tutto ciò che viene fatto *post mortem* non riguarda né l'uno né l'altro trattamento, ma dopo la morte deve considerarsi effettuato in violazione degli obblighi imposti dal regolamento di polizia mortuaria⁴ e soprattutto illecito ai sensi della legge penale, che prevede proprio una serie di **delitti contro la pietà dei defunti**.

Autoliberazione dovuta a *Derek Humphry*, - *Hemlock Society* – che preferisce questo termine a quello di "suicidio"¹.

UNA OSSERVAZIONE

Il confronto tra le definizioni sopra riportate invita a fare una considerazione: talvolta, a seconda del soggetto autore/emittitore della nozione, quindi in base alla posizione da esso assunta (a favore o contro l'eutanasia) nell'ambito del dibattito, cambia notevolmente l'impatto psicologico dei termini usati per descrivere un medesimo concetto.

Cioè, lo stesso fenomeno viene definito con termini che evocano sensazioni positive, di pace, di giustizia, di libertà ('autoliberazione' anziché 'suicidio') oppure sensazioni negative che invece conducano la mente dell'interlocutore verso l'idea di un evento moralmente intollerabile, con sentimenti di ribrezzo e allarme ('pietosa morte' piuttosto che 'dolce morte').

⁴ vedi pag. 46

Parte I.
È UN PROBLEMA DI “DIRITTI UMANI”

Cap.1 « DAL PUNTO DI VISTA DEI DIRITTI UMANI... »

1. DIRITTI UMANI

Per cominciare, riportiamo alcune parti della relazione “*Actes du simposium sur le droit à la vie. Quarante ans après l’adoption de la déclaration universelle des droits de l’homme: evolution conceptuelle, normative et jurisprudentielle.*”, insieme con alcune riflessioni personali che hanno trovato spunto proprio dalla lettura della relazione stessa, e con altre considerazioni reperite da varie fonti.

Il simposio si è tenuto a Ginevra il 27 febbraio 1988 ma troviamo che esso sia qui rilevante perché espresse a suo tempo concetti d’avanguardia che a tutt’oggi, sono fortemente attuali.

1.1 I concetti di “diritto alla vita” e “diritto di vivere”¹.

Il “diritto alla vita”, lacune nel suo raggio di protezione, un nuovo concetto: il “diritto di vivere”.

Ogni individuo ha diritto alla vita.

Questo diritto, proclamato nella *Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo* e garantito da numerose convenzioni internazionali, protegge l’accesso alla vita e vieta che chiunque ne sia privato arbitrariamente.

Questa interpretazione tuttavia appare un po’ stretta. Infatti, entro questi due estremi della vita, si profila una lacuna in materia di protezione, proprio perché, così inteso questo diritto non comprende il rispetto dell’insieme degli altri diritti dell’uomo.

Sulla base di queste considerazioni, l’*association de Consultants Internationaux en Droits de l’homme* (di seguito CID), fin dalla sua creazione nel 1983, ha intrapreso una ricerca sull’utilità di un nuovo concetto di “diritto di vivere”, che inglobasse in particolare il “diritto alla vita” e il diritto a condizioni di vita soddisfacenti.

¹ di *Françoise Montant* (Suisse), pag.1

La complementarità delle nozioni di “diritto alla vita” e di “diritto di vivere”²

Non c'è contraddizione tra le nozioni di “diritto alla vita” e di “diritto di vivere”.

Si tratta infatti di un medesimo concetto che deriva dalla vita stessa, e che genera diverse possibilità di protezione.

Nel diritto internazionale la nozione di “diritto alla vita” concerne principalmente la protezione contro tutti gli attentati arbitrari alla vita.

Tale diritto copre, non solo l'inizio e la fine della vita, perché senza vita non ci sono né persona né diritto, bensì sussiste per tutta la durata della vita umana, perciò la sua protezione deve estendersi a tutto ciò.

Infatti, la vita non deve essere intesa solo come una dimensione biologica, ma essa va difesa dalla nascita, durante tutta la sua durata, fino al suo termine, ed ha numerose altre dimensioni - culturale, economica, sociale, etica - che si fondono in un contenuto unico proprio di ciascun individuo.

Quindi, dal punto di vista dei diritti dell'uomo, il “diritto di vivere” è completato dagli altri diritti.

L'obiettivo deve essere quello di permettere che la vita umana sia vissuta nella dignità e nella pienezza di tutti i diritti dell'uomo.

Il diritto di vivere non è dunque solo una concezione allargata del diritto alla vita.

Tutti i diritti civili, politici, economici, sociali e culturali ne sono un prolungamento naturale.

Se si dà un'interpretazione stretta dei testi internazionali si può vedere un riconoscimento del solo diritto alla vita.

Ma tutti i sistemi giuridici interni e internazionali dovrebbero avere come obiettivo la protezione della vita umana nella sua concezione più ampia e completa.

Il concetto “aperto” del diritto alla vita fa della tutela dei diritti umani, un campo in continua evoluzione.

Questo concetto che potrebbe dirsi ‘civile’ di tale diritto, ricavabile dall'**art.3 Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo**, rispondeva inizialmente ad un'esigenza di protezione della sicurezza fisica della persona ma si è evoluto, come dimostra l'**art.6 Patto Internazionale sui diritti civili e politici**, in un diritto "inerente alla persona umana" .

Ed è così che allora, nei vari strumenti internazionali³, la tutela dei diritti umani si presenta come un “diritto a vivere” piuttosto che un “diritto alla vita” in senso stretto; perciò oltre a tutelare e garantire la necessaria sopravvivenza di ogni individuo, deve favorire quelle particolari condizioni per un miglioramento della vita. Una esigenza questa, che abbraccia sempre più tematiche - come l'aborto, la pena di morte e il diritto all'eutanasia - che nel 1948, anno della Dichiarazione, difficilmente rientravano nella previsione dell'art.3 ma che oggi classificano il “diritto alla vita” come un diritto-sintesi, ricollegabile alla evoluzione dei diritti umani⁴.

Tuttavia è interessante evidenziare come - a causa del carattere decentrato dell'ordinamento internazionale, della mancanza di un organismo unico e vincolante per il rispetto dei diritti umani e infine, della sempre aperta possibilità

² di Héctor Gros Espiell (Uruguay), pag.5

³ Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo; Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali; Patto internazionale sui diritti civili e politici; Convenzione di Ginevra del 1949; etc...

concessa agli Stati di non riconoscere integralmente la normativa convenzionale laddove reputino necessario apporvi delle riserve - la lodevole aspirazione dell'art28 Dichiarazione Universale che sulla carta ha incontrato il favore di molti strumenti internazionali successivi, in concreto non abbia ancora trovato piena attuazione⁵.

Cosicché l'effettiva tutela dei diritti umani rimane sempre subordinata alla compagine governativa statale; quest'ultima infatti non sempre è favorevole all'ingerenza di organismi internazionali di tutela, nelle problematiche interne ovvero nei rapporti Stato-cittadino⁶.

D'altro canto non è forse troppo paranoico pensare che simili interventi se "più frequenti del dovuto" potrebbero avere risvolti di 'delegittimazione' poiché caricando di notevole peso politico il caso 'umano' che sale subito sulla ribalta dell'opinione pubblica, crea non pochi imbarazzi allo Stato.

Riportiamo qui di seguito parti del testo di **alcune norme internazionali**:

Art.3 Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, Paris 1948:

«Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona»

Art.3 Déclaration universelle des droits de l'homme, Paris 1948:

«Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.»

Art.3 Universal Declaration of Human Rights, Paris 1948:

«Everyone has the right to life, liberty and security of person.»

Art.6 Pacte international relatif aux droits civils et politiques, New York 1966:

«1. Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie...»

Art.6 International Covenant on Civil and Political Rights, New York 1966:

«1. Every human being has the inherent right to life. This right shall be protected by law. No one shall be arbitrarily deprived of his life...»

Art.2 Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
(Convention européenne des droits de l'homme), Roma 1950:

«1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal, au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

2. la mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans le cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire:

- a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale;*
 - b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue;*
 - c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection.»*
-

⁴ Parere espresso da un *General Comment del Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite* raccolto da *Matteo Barizza*, dal sito "<http://utenti.tripod.it/balkanspirit/politix/tutela.htm>"

⁵ la questione è trattata più in particolare *supra* a pag.16: "Il problema di una tutela armonica dei diritti fondamentali nel quadro dell'Unione Europea"

⁶ *Matteo Barizza* dal sito cit.

Art.2 Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental freedoms (European convention on human rights), Roma 1950:

«1. *Everyone's rights to life shall be protected by law. No one shall be deprived of his life intentionally save in execution of a sentence of a court following his conviction of a crime for which this penalty is provided by law.*

2. *Deprivation of life shall not be regarded as inflicted in contravention of this article when it results from the use of force which is no more than absolutely necessary:*

- a) *in defence of any person from unlawful violence;*
 - b) *in order to effect a lawful arrest or to prevent the escape of a person lawfully detained;*
 - c) *in action lawfully taken for the purpose of quelling a riot or insurrection.»*
-

Tuttavia fin dall'inizio si cercò di adottare una interpretazione più larga e aperta di questi articoli, permettendo ad un testo concernente il "diritto alla vita", di garantire egualmente il "diritto di vivere". Anche il CID seguendo questa rotta, ha optato per tale concezione ampia del diritto alla vita.

Come possiamo vedere dal testo originale qui riportato, delle "*observations générales du CID, formulées en vertu du paragraphe 4 de l'article 40 du Pacte International relatif aux droits civils et politiques, concernant l'article 6 du Pacte.*":

« *La question du droit à la vie, droit énoncé dans l'art.6 du Pacte a été traité dans tous les rapports. C'est le droit suprême pour lequel aucune dérogation n'est autorisée...Le Comité a néanmoins noté que, dans bien des cas, les renseignements fournis à propos de l'article 6 ne concernaient qu'un aspect de ce droit. C'est un droit qui ne doit pas être interprété dans un sens restrictif...De plus le Comité a noté que le droit à la vie a été trop souvent interprété de façon étroite. L'expression "le droit à la vie...inhérent à la personne humaine" ne peut être entendue de façon restrictive et la protection de ce droit exige que les Etats adoptent des mesures positives....»*

Questa concezione dottrinale e giurisprudenziale andrà affermandosi sempre di più.

Infine, occorre sottolineare che se il "diritto alla vita" è una nozione recente nel diritto internazionale, non è così per il diritto costituzionale, dove questa risulta essere una nozione già da tempo acquisita.

1.2 La protezione del “diritto alla vita” nella Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo⁷.

Già abbiamo indicato il contenuto dell’art.2 della Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo (in seguito CEDU) e le questioni generali che vengono affrontate nello studio della problematica relativa alla “protezione del diritto alla vita nella cornice della CEDU” sono tre:

- I. *l’étendue du droit à la vie;*
- II. *l’étendue des obligations de l’Etats à son égard;*
- III. *le limitations et derogations au droit à la vie.*

1.2.I. L’estensione del diritto alla vita

Problematiche legate al ‘inizio della vita’

Aborto e eutanasia: similitudini. Interrogandoci sull’inizio della protezione del diritto alla vita, si profila dinanzi a noi la questione dell’aborto. Possiamo allora assumere tale questione per analizzarne alcuni parallelismi interessanti con l’eutanasia.

Sulla questione dell’aborto, a differenza della convenzione americana relativa ai diritti dell’uomo, la CEDU non riconosce espressamente la protezione della vita fin dal concepimento, essa non da una definizione del termine «vie». Bisogna dunque fare riferimento alla giurisprudenza per conoscere l’estensione di questo diritto alla vita, e le legislazioni sull’aborto introdotte dagli Stati membri sono già state oggetto di parecchi ricorsi (proposti in virtù dell’art.25, *droit de recours individuel*).

La Commissione non si pronuncia, nelle fattispecie, sulla questione generale se l’art.2 consacri il diritto alla vita dei feti, quindi se il nascituro sia protetto o meno dall’art.2, ma solo sulla questione se questo diritto sia protetto fino dalla fase iniziale della gravidanza; è deducibile da queste decisioni che il diritto del feto alla vita non è assoluto. Nelle fattispecie che la giurisprudenza si trova ad esaminare, essa ritiene che l’aborto praticato nelle prime settimane di gravidanza sia coperto da una limitazione del diritto alla vita del feto, che scaturisce dall’esigenza primaria di proteggere la vita e la salute della donna.

Quindi, la Commissione non vieta l’aborto terapeutico nei primi mesi della gravidanza, qualora il parto rischiasse di mettere gravemente in pericolo la vita della futura madre.

Ne risulta un quesito non facile: l’art.2 deve essere interpretato come non riguardante tutti i feti (trattandosi perciò di un diritto pieno ma non valevole per tutti), oppure si deve intendere che questa

⁷ Patricia LeFeuvre (France), pag.51

norma riconosca a costui un diritto alla vita con delle limitazioni implicite (trattandosi invece di un diritto limitato ma valevole per tutti)?

Le disposizioni dell’art.2 appaiono piuttosto delle ipotesi dove il diritto alla vita non si applica se non dopo la nascita.

Innanzitutto il termine «*toute personne*» sebbene non definito nella CEDU, sembra indicare che la persona sia già nata; ma l’elemento che indica il termine come concernente persone già nate, è che, nel contesto generale nel quale si inserisce questo diritto vi sono delle limitazioni rispetto ad alcuni casi, quali “la pena di morte” e “la morte che risulta da un ricorso alla forza assolutamente necessario”.

Tutto ciò per arrivare a dire che, con un’ipotesi senz’altro azzardata, noi potremmo inserire l’eutanasia laddove si afferma che nell’art.2 della CEDU vi è un diritto con delle limitazioni, sebbene tali limitazioni vengano indicate espressamente e tassativamente (come diremo in seguito).

Per esempio, si potrebbero far rientrare le cure in quella “*violenza illegale*” di cui parla l’art.2 al punto a)?

La discussione resta aperta nella misura in cui l’espressione «*vie*» è, come abbiamo già visto, suscettibile di differenti interpretazioni e nel fatto che la CEDU non ne dà alcuna.

Problematiche legate alla ‘fine della vita’

Il “diritto di morire”. Per quanto riguarda la fine del diritto alla vita occorre chiedersi se l’art.2 consacrì “*a contrario*” il diritto di morire.

E nella stessa relazione “*acte de simposium*” possiamo leggere una previsione non mancata: «...allo stato attuale della giurisprudenza non ci è possibile rispondere a questa domanda, anche se è molto probabile che la commissione avrà da pronunciarsi negli anni a venire, sulla questione dell’eutanasia...»⁸.

Tutto considerato, il “diritto di morire” rappresenta un concetto di nuovo conio con il quale s’intende garantire la possibilità di una morte dignitosa e umana ed ottenerne il riconoscimento giuridico.

Questo diritto, poiché non deriva da un’elaborazione dei giuristi ma dai movimenti a favore della legalizzazione dell’eutanasia, non presenta una definizione univoca, anzi la sua formula è piuttosto controversa⁹.

⁸ vedi **allegati: III** (*résolution 613*) e **IV** (*recommandation 779*)

⁹ come vediamo anche per la/e nozione/i di ‘eutanasia’: *infra* pag.2 e *supra* pag.36

Il concetto di **‘diritto alla morte’**, che inevitabilmente si collega al tema dell’eutanasia in quanto ingloba quello di “morte con dignità”, “suicidio per procura”, “eutanasia volontaria” condurrebbe in sostanza, al riconoscimento a ciascun uomo del ‘diritto di porre fine alla propria vita anche ricorrendo all’opera di terzi’.

In un senso più lato, una concezione che abbraccia molte correnti di pensiero: il suicidio come segno di libertà individuale ed atto di negazione razionale, che sia per tutti (egualitarismo) indolore (umanitarismo), gratuito e assistito (assistenzialismo), nell’ambito del riconoscimento giuridico del ‘diritto di morire’ come rivendicazione libertaria (libertarismo).

Leon R. Kass, in un articolo del 1993, distingue almeno quattro possibili significati del “diritto di morire”:

- diritto di **avere assistenza per ottenere la morte**;
- diritto di rifiutare i trattamenti medici, anche se tale rifiuto comportasse la morte del paziente;
- diritto ad una morte con dignità, cioè diritto di continuare ad esercitare il controllo su se stessi nonostante la malattia;
- diritto di scegliere il momento della propria morte.

È pacifico che la valenza di queste espressioni è profondamente diversa.

L’*eutanasia attiva volontaria*, che è poi la forma più problematica di eutanasia, è senz’altro descritta dal primo dei suddetti significati.

Nel dibattito si tende a distinguere l’uso morale dall’uso giuridico del concetto di diritto: il diritto morale esiste indipendentemente dalle convenzioni sociali, legali o regole istituzionali e può diventare un diritto positivo, cioè un diritto legale sancito da carte costituzionali e leggi per la tutela del quale l’individuo può richiedere l’intervento dell’Autorità

Anche in questo caso, in merito alle conseguenze derivanti dal riconoscimento giuridico del diritto di morire, il dibattito non è molto chiaro.

Comunque qualcuno considera che, tra le possibili conseguenze di una simile svolta, si potrebbe arrivare alla trasformazione di un diritto in un dovere (analogamente a quanto è accaduto per esempio nella Repubblica Popolare Cinese dove, per il “bene della comunità” l’aborto non è più un *diritto* ma è diventato un *dovere* per le donne che hanno già avuto un figlio!).

Occorre anche considerare, per dovere di completezza, che muovendosi in questa direzione prende corpo un’agghiacciante accezione di eutanasia: l’**eutanasia sociale**.

Questa si prospetta non come una scelta di un individuo singolo, ma della società, dovendo economizzare sulle spese sanitarie, laddove non fosse più possibile sostenere l’onere finanziario richiesto, le risorse verrebbero riservate ai malati in grado di guarire e di tornare al loro ruolo nell’attività produttiva e lavorativa¹⁰.

¹⁰ da E. Sgreccia, “Manuale di bioetica” vol.1, Bioetica, eutanasia e dignità della morte, pag.719.

Un progetto di legge redatto dalla *Hemlock Society* mira a stabilire un “diritto di morire” al quale corrisponde un “dovere di far morire” cioè un dovere del medico, dell’ospedale, dello Stato di fornire il “servizio” richiesto dal titolare del diritto medesimo.

Pena di morte e eutanasia: c’è similitudine? L’art.2 vieta che la morte possa essere inflitta, a chiunque, intenzionalmente.

Questa disposizione tollera tuttavia, sotto certe condizioni, l’attentato molto grave al diritto alla vita costituito dalla pena di morte: l’art.2, secondo comma, cui è relativo.

Un’inevitabile evoluzione delle nostre società europee, verso una sempre maggiore civiltà, ha condotto all’adozione del **Protocollo addizionale n.6 alla CEDU** relativo all’abolizione della pena di morte.

Dal processo di evoluzione, che portò all’elaborazione di questo Protocollo, ratificato nel 1992 da diciassette Stati tra i quali l’Italia, emerge un attaccamento costante delle nostre società europee al “diritto alla vita” e all’estensione della sua protezione, che si traduce non in un’evoluzione giurisprudenziale ma in un processo legislativo.

Ma a quanto ipotizzato poco sopra - circa la sussunzione delle cure non volute sotto il concetto di “*violenza illegale*” e quindi come “limitazione al diritto alla vita”, rappresentata dal ribaltamento del concetto trasformatosi in “diritto alla morte” - potrebbe essere d’ostacolo rilevare che, se è naturale evoluzione delle società civili, il raggiungimento dell’abolizione della pena di morte (che rappresenta nella Convenzione una delle limitazioni al diritto alla vita), come è possibile che per l’eutanasia si percorra la strada a ritroso arrivando invece ad una legalizzazione di questa, che potrebbe essere intesa anche come una limitazione del diritto alla vita?

Forse allora può essere utile considerare che si tratta comunque di figure con un fondamento diverso.

La **pena di morte** sopravvive in quegli stati che, impostando sulla funzione general-preventiva il loro sistema penale, considerano la pena come uno strumento di prevenzione comune, deterrente fissato a priori per prevenire la criminalità: la minaccia della pena serve ad intimorire i consociati e quindi a prevenire una loro eventuale intenzione di realizzare il reato. In ciò si intravede il riconoscimento allo Stato non solo del ‘diritto di punire’ ma ‘di punire anche a costo di perdere un consociato pur di “salvare dal crimine” gli altri’.

L’**eutanasia**, si fonda su... e proprio sul fondamento di questa è secondo noi la vera questione!

Se però, per semplicità dicessimo che essa si fonda sul riconoscimento all'individuo del 'diritto di morire' vediamo che allora entrambe gli intenti, intesi come “abolizione della pena di morte” e “legalizzazione dell'eutanasia” andrebbero nella stessa direzione.

Cioè:

- da un lato, limitare il diritto
 - dello Stato (paternalista?) che decide della sorte del singolo tenendolo in vita - in virtù della tutela di un bene fondamentale qual è la vita (qualcuno a questo punto, pensando alle atroci sofferenze provocate dalla malattia direbbe: ma quale vita?) - e punendo chi attraverso l'eutanasia si sostituisce allo Stato nel suo ruolo decisorio, aiuta qualcuno nella sua scelta di morire e
 - dello Stato (onnipotente?) che decide di privare il singolo della vita, nel caso in cui questo non si dimostri socialmente degno, perché ha commesso azioni ignobili o perché pericoloso;
- dall'altro, espandere il diritto di autodeterminazione e gestione del singolo e rafforzare il suo diritto fondamentale alla vita rendendolo inattaccabile rispetto a qualsiasi intrusione esterna legalizzata (qual è per esempio l'inflizione di una pena, da parte dello Stato, che lo privi di tale bene fondamentale)¹¹.

Ma a questo punto, dobbiamo forse chiederci se il “diritto di morire” faccia parte del “diritto alla vita”, nel senso più ampio di tale concetto, già meglio precisato come “diritto a vivere”, o se si tratti di un concetto antitetico rispetto a quest'ultimo?

1.2.II. L'estensione delle obbligazioni dello Stato

Lo studio delle decisioni prese dalla Commissione ci portano a constatare che le obbligazioni dello Stato riguardo alla CEDU si estendono sempre più.

Per adempiere a queste obbligazioni, lo Stato non è più soltanto tenuto ad obblighi negativi di non-ingerenza, esso ha anche obblighi positivi consistenti nell'agire concretamente a favore della protezione del diritto alla vita.

I diritti fondamentali si sono trasformati e non sono più **strumenti di difesa dello Stato**, ma diventano sotto la spinta del principio della “solidarietà europea”, **strumenti di prestazioni dello Stato**.

A tal proposito si evidenzia la differenza tra il funzionamento della CEDU e di Strasburgo da un lato e quello di Lussemburgo dall'altro. La Convenzione del '50 aveva come oggetto i diritti liberali classici concernenti la libertà personale, come il diritto alla vita, alla salute e la tutela dell'abitazione, non essendo inclusa, viceversa, la sfera economica dei diritti.

¹¹ vedi inoltre l'*eutanasia criminologica supra* pag.27

Denninger sottolinea che “in precedenza la dottrina di Lussemburgo partiva dal presupposto che, costruendo il mercato comune e la libera concorrenza non si toccavano tali diritti fondamentali” e ritiene questo un grave errore, infatti, non sempre può essere vero che il mercato comune non influisce direttamente sulle libertà¹².

Tuttavia gli obblighi positivi dello Stato non sono illimitati. La Commissione ha rilevato (in un'altra questione, *requête 6040/73*) che il fatto per lo Stato di non proteggere continuamente una persona in pericolo (nella fattispecie, non procurandogli una guardia del corpo) non costituisce una violazione del diritto alla vita.

E questo potrebbe rafforzare l'idea di chi sostiene che lo Stato c'è, ci deve essere ma non può essere onnipotente, lasciando quindi al singolo cittadino/individuo un'area di autogestione.

Potrebbe qui farsi valere, quanto detto nell'art.1 della Dichiarazione del '48: “*tutti gli uomini sono nati liberi e sono uguali in dignità e diritti, sono dotati di ragione e di coscienza e devono trattarsi tra di loro in uno spirito di fratellanza*”.

1.2.III. Le limitazioni e le deroghe al “diritto alla vita”

Comparazione dell'art.2CEDU con l'art.3Dich.Univ.dei Dir. dell'Uomo.

L'art.2 della CEDU trova la sua fonte nell'art.3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, il quale proclama che «*Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de la personne*»; ora, la dichiarazione universale non prevede alcuna limitazione al principio.

Dalla comparazione dei due testi emerge che il margine di discrezionalità lasciato agli Stati è maggiore nella CEDU.

I casi in cui gli Stati sono autorizzati dalla CEDU a ledere il diritto alla vita sono molto limitati ed eccezionali: la pena di morte può essere pronunciata in certi casi previsti dalla legge; la morte può risultare anche da un ricorso alla forza strettamente e assolutamente necessario.

Tali limitazioni al diritto alla vita sono esplicitamente enumerate nell'art.2.

Qualche aspetto della giurisprudenza relativa all'art.2

Per quanto riguarda invece la giurisprudenza relativa all'art.2 occorre guardarla in un'inclinazione relativa alle decisioni della “Commissione europea dei diritti dell'uomo” (di seguito la Commissione) e del “Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa”.

Infatti, la giurisprudenza è poco sviluppata: in effetti la commissione ha raramente applicato e interpretato questa disposizione e alcune questioni relative all'art.2 sono stati sottoposti alla Corte, solo il Comitato dei Ministri è stato investito di tali questioni.

¹² vedi *supra* pagg.16 e ss

In particolare: la Commissione europea dei diritti dell'uomo.

Già si è fatto accenno alla giurisprudenza relativa all'aborto.

Inoltre l'art.2 è stato invocato anche a proposito della sterilizzazione e la Commissione non ha escluso che una simile operazione potesse rappresentare una violazione del diritto alla vita; essa ha *'en revanche'* deciso che un intervento anche insignificante come un esame del sangue potesse costituire una ingerenza nell'obbligo di rispettare il diritto alla vita¹³.

Ed ecco che ritorna la possibilità di ribadire quanto detto sopra, circa la riconosciuta capacità dell'individuo di autodeterminarsi nelle sue scelte.

2. IL PROBLEMA DI UNA TUTELA ARMONICA DEI DIRITTI FONDAMENTALI NEL QUADRO DELL'UNIONE EUROPEA¹⁴

2.1 Necessità di riformulare i diritti fondamentali

Si conosce ormai la necessità di riformulare i diritti fondamentali tuttavia, sostiene *Denninger*, è ancora utile continuare il dibattito sui presupposti e il funzionamento dei diritti fondamentali.

La Corte di Giustizia ha interpretato già in molti casi, “autenticamente” le direttive, “correggendo” le normative nazionali. Si dovrà pronunciare ora, sul netto conflitto tra una direttiva europea e una norma della Legge Fondamentale, cioè della Costituzione.

2.2 Unione europea come stato federale?

Un problema centrale è se l'interpretazione comunitaria di un principio, necessariamente uniforme per tutti i membri dell'Unione, debba pretendere un rango normativo perfino superiore alle norme costituzionali nazionali.

La risposta sarebbe abbastanza facile, se l'Unione europea potesse essere qualificata in qualche modo come uno stato federale, ma in realtà non è tale.

Mentre l'**art.2 del Trattato di Amsterdam** richiama il principio di sussidiarietà, l'**art.6** enumera come principi comuni a tutti gli Stati membri la *libertà*, la *democrazia*, il *rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* e dello *stato di diritto*.

A confronto con la Legge Fondamentale di alcune nazioni, per esempio la Germania, *Denninger* nota la mancanza dei principi di stato federale e sociale, anche se il **rispetto dell'identità nazionale degli Stati membri**, imposto all'Unione dall'art.6₃, può essere considerato un debole richiamo a questi ultimi due principi.

¹³ D.8278/78, Austria, 13.12.79, 18/154

¹⁴ dalla relazione 10 dicembre 1999, del Professor *Erhard Denninger*, Ordinario emerito di diritto pubblico e di filosofia del diritto dell'università di Francoforte

2.3 Comparazione: 'Strasburgo contro Lussemburgo'

Occorre qui considerare i due piani europei: quello della Convenzione di Roma del '50 per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e quello dei Trattati di Maastricht e di Amsterdam.

Quanto alla Corte europea di Strasburgo, c'è da temere che essa diventi la vittima del suo proprio successo; infatti, a seguito dell'introduzione del protocollo n.11, ogni persona fisica o giuridica - dunque ogni cittadino dei 41 stati membri - può presentare ricorso alla corte di Strasburgo [art.34]. La Corte può stabilire un giusto indennizzo per l'offeso, ma comunque non esiste nessun potere esecutivo sovranazionale che possa far eseguire con la forza una sentenza contro la volontà dello Stato condannato.

L'ordinamento dei diritti fondamentali secondo la CEDU e quello previsto dal Trattato CE, sono indipendenti tra loro, nonostante la previsione dell'art.6 del Trattato di Amsterdam.

La Comunità europea come tale non fa parte della Convenzione sui diritti dell'uomo e per questo non può essere parte in causa davanti alla Corte di Strasburgo, tuttavia quest'ultima non ha esitato a condannare un membro della Convenzione per violazione di un qualche diritto fondamentale.

La Corte europea per i diritti dell'uomo sottolinea che la CEDU intende garantire diritti non teorici o illusori, ma concreti ed efficaci. Ma *Denninger* fa notare che la Corte di Strasburgo, in via di sindacato incidentale, nel qualificare il Parlamento europeo come corpo legislativo, ha controllato anche le norme del diritto comunitario.

Il riferimento ai diritti fondamentali della CEDU compiuto dall'articolo 6² Trattato di Amsterdam, è vincolante per la Corte di Giustizia, ma occorre specificare che i diritti fondamentali vengono garantiti "*come risultano dalle tradizioni comuni agli stati membri, come principi generali del diritto comunitario*".

Denninger fa presente la difficoltà di accertare le tradizioni costituzionali comuni agli Stati membri: principi generali come lo stato di diritto trovano senz'altro accoglimento incondizionato, mentre nel tentativo di concretizzare principi più particolari si incontrano subito grandi difficoltà

Il compito di sviluppare un'interpretazione uniforme dei diritti fondamentali secondo le norme della Convenzione di Roma è dunque abbastanza arduo.

2.4 La misura del controllo giudiziario: le riserve nazionali per la restrizione dei diritti individuali fondamentali

L'art.6₂ del Trattato - e prima ancora l'articolo F del Trattato di *Maastricht* - definisce come misura del controllo giudiziario, quanto alla tutela dei diritti fondamentali, il rispetto "*dei diritti fondamentali come garantiti nella Convenzione europea per la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali e come risultano dalle tradizioni costituzionali comuni agli Stati membri, come principi generali del diritto comunitario*".

Denninger osserva che tale norma, con questa formulazione, non fornisce una definizione ben precisa, ma anzi fa nascere notevoli problemi di interpretazione. E la stessa constatazione si deve fare anche nei confronti della proposta, peraltro lodevole, di incorporare i diritti previsti dalla CEDU nel diritto comunitario.

Ognuno dei diritti individuali ivi garantito è sottoposto alla riserva di legge nazionale per ciò che riguarda le restrizioni indispensabili « *in una società democratica nell'interesse della ... pubblica sicurezza, del mantenimento dell'ordine ... della protezione della sanità o della morale, della tutela ... dei diritti altrui, ...* » [art.10₂ CEDU].

Fra gli stati membri, sia della Convenzione europea che della Ce, le opinioni sulla dimensione di tali restrizioni divergono fortemente. Ancora più difficile sarà trovare un consenso su quegli aspetti dei diritti fondamentali coinvolti dai problemi provenienti dalle nuove tecnologie: si pensi ai problemi dell'aborto, del trapianto d'organi e dell'eutanasia.

Ecco allora che occorre chiedersi:

- * Quale sarà il livello europeo comune necessario per essere posto alla base della tutela da parte delle Corti europee a Strasburgo o a Lussemburgo?
- * Sarà una tutela minima, sulla base del minimo comune denominatore, o una tutela massima?
- * Sarà decisivo il livello del diritto dello stato querelato?

2.5 Teorie

Nella recente dottrina si sostiene che il metodo generalmente riconosciuto per determinare il livello della tutela dei diritti fondamentali è "il metodo della **comparazione giuridica in forma di giudizio**": la Corte di Giustizia cerca di riconoscere la più forte efficacia del diritto fondamentale comunque senza nuocere alla struttura e ai fini della Comunità

La tesi di *Denninger*. Questa formula, osserva *Denninger* nella letteratura giuridica tedesca, come altre simili, brilla, forse, per bellezza astratta, ma non dice quasi nulla.

Egli dunque, propone la sua tesi sui diritti fondamentali europei:

“La cultura europea dei diritti fondamentali non farà nessun progresso sostanziale, e quindi non ci sarà nessun catalogo dei diritti fondamentali sostanziale e praticabile, se non verranno sviluppate allo stesso tempo e in maniera democratica le istituzioni legislative; più astrattamente, senza una connessione intrinseca tra stato di diritto e democrazia, tra autonomia politica e autonomia privata. Questa correlazione reciproca deve essere rafforzata ed allargata anche al livello sovranazionale della Comunità europea, altrimenti la politica dei diritti fondamentali rimarrà mera retorica idealistica, o verrà a snaturarsi in argomentazioni burocratiche”.

La trasformazione dei diritti fondamentali. *Denninger* afferma che la sua tesi trova origine e motivazione nella profonda trasformazione del carattere di molti diritti fondamentali che, da garanzia di sfere di libertà individuali divengono programmi e obiettivi dell'azione dello Stato. Trasformazione che si manifesta più o meno fortemente nelle Costituzioni nazionali ed è specialmente evidente in quelle Costituzioni come quella italiana del 1948 in cui i cd *diritti sociali*, o specularmente i doveri del cittadino, hanno ampiamente trovato espressione.

Il carattere finalistico/programmatico come elemento discriminatorio dei Testi comunitari rispetto ai Testi costituzionali nazionali. Il carattere finalistico/programmatico presente nei testi dell'Unione e della Comunità europea è molto più forte rispetto alle costituzioni nazionali degli Stati membri.

Questo si spiega facilmente per il fatto che né l'Unione, né la Comunità devono essere concepiti come Stati e, di conseguenza, i loro testi di base non si leggono come testi di una Costituzione nel senso classico liberale.

Si tratta piuttosto di un 'programma di azione e di cooperazione corredato di alcune regole sulla divisione del lavoro tra gli organi competenti, e sulle procedure da rispettare'; a dimostrazione, *Denninger* richiama il catalogo degli obiettivi dell'Unione contenuto nell'art.2 Trattato di Amsterdam.

Paragonato con questo carattere dinamico e finalistico dei Trattati europei, che delineano un attivismo permanente del potere comunitario, le Costituzioni classiche dimostrano piuttosto la statica di una demarcazione dei confini fra la sfera dell'individuo e quella dello Stato.

La differenza tra i due tipi di testi si esprime anche nelle diverse formulazioni dei diritti dell'uomo e dei diritti fondamentali.

2.6 Per concludere

Dopo aver rilevato i conflitti e le antinomie sorte dallo sviluppo in via giurisprudenziale, dei diritti fondamentali a livello europeo, occorre forse domandarsi - da un dubbio sollevato da *Paolo Ridola* - se un sistema di tutela dei diritti affidato esclusivamente alla giurisprudenza della Corte potrà essere sufficiente.

Anche se lo stesso *Denninger* pone in evidenza, che la giurisprudenza della Corte di Strasburgo ha fatto enormi passi in avanti in materia di diritti dell'uomo.

Roberto Nania ha inoltre osservato che la **perdita di certezza e di territorio dei diritti fondamentali**, quindi una loro trasformazione sul piano europeo, non sembrano nascondere pericoli e preoccupazioni.

Egli sottolinea che “**dall'Europa proviene semplicemente una volontà**, a passo con i tempi, **di riformulare nuove istanze di libertà** basti pensare al principio di sussidiarietà che nell'accezione generalmente riconosciuta in Italia, ha significato esattamente il contrario di un ipertrofia statualistica, sia pure di provenienza comunitaria; piuttosto gli è stata attribuita una valenza di tutela delle sfere della società civile e degli individui di fronte alla volontà pervasiva degli apparati pubblici”.

Tutto considerato ci chiediamo ora se, dire che “la dimensione transnazionale della tutela dei diritti consente di dare spazio a domande di libertà che nella tradizione degli stati nazionali non erano riuscite a farsi strada” possa in un certo senso significare che a livello comunitario l'accoglimento di nuove esigenze di 'libertà' - e pensiamo per esempio alla libertà di disporre “della propria morte” anche attraverso la concessione di un mandato ad altri, sia esso medico o no - sarebbe forse agevolato rispetto all'accoglimento negli ordinamenti nazionali. Anche grazie al carattere aperto di quello che noi definiamo, forse abusivamente, “ordinamento comunitario”, essendo comunque ancora in buona misura in via di formazione, anche e soprattutto per le sue stesse finalità di 'armonizzazione'.

Cap2: « LA PAROLA AGLI ORGANI COMUNITARI »

Una premessa sui diritti umani era necessaria come retroterra per meglio comprendere su quali binari si muove oggi il dibattito a livello di organi comunitari: Consiglio d'Europa e Comitato dei ministri, Parlamento europeo, Corte europea dei diritti dell'uomo, Corte di giustizia.

1. IL PARLAMENTO EUROPEO

Nei lavori del Parlamento Europeo appare spesso la voce “diritti dell'uomo” e più di una volta attraverso questi, si è arrivati a discutere del problema dell'eutanasia.

1997. Nella sessione del Parlamento europeo del 7/11 aprile 1997, nella sezione dedicata ai Diritti dell'uomo nell'Unione, la Rel. *Claudia Roth* ritenne che, dato il ruolo di primo piano che il Parlamento Europeo svolge in favore del rispetto dei diritti dell'uomo, anche come esempio mondiale, esso deve a tutti i costi contribuire a migliorarne la protezione in seno all'Unione.

È in questo contesto che l'assemblea ha approvato una ‘risoluzione della commissione delle libertà pubbliche’ nella quale si chiedeva che l'Unione e i suoi Stati membri aderissero alla CEDU.

Tale adesione condurrebbe ad una modifica profonda nel rafforzamento del sistema di protezione e farebbe del rispetto dei diritti umani uno degli obiettivi prioritari della comunità

Il documento pone l'accento, tra molti altri argomenti, sul diritto ad una vita ed a una morte degne condannando l'eutanasia, ma chiedendo al tempo stesso la promozione dell'accompagnamento dei moribondi.

Così come, quanto alla pena di morte, si sollecitano a ratificare gli strumenti internazionali che ne consacrano l'abolizione, i Paesi dove essa è ancora presente.

1991. Facendo un passo indietro incontriamo una Proposta di risoluzione presentata al Parlamento europeo dalla “Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica, la tutela dei consumatori” nell'aprile 1991, la **Relazione Schwarzenberg**, sull'assistenza ai pazienti terminali.

I punti che caratterizzano la relazione, poiché portano sulla strada della legittimazione dell'eutanasia, sono i seguenti:

punto b). *considerando che la morte di un individuo e' definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche nel caso in cui continuino le funzioni biologiche,*

punto c). *considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che il livello di coscienza definisce un essere umano,*

punto g). *considerando che il dolore è inutile e nefasto, e che può rappresentare un attentato contro la dignità umana,*

punto 1). *considerando che l'aspirazione ad un sonno definitivo non costituisce una negazione della vita, ma rappresenta una richiesta d'interruzione di un'esistenza a cui la malattia ha tolto ogni dignità*

ed infine il **punto 8** che recita:

«mancando qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sul piano tanto psicologico quanto medico e ogni qualvolta un malato pienamente cosciente chieda, in modo insistente e continuo che sia fatta cessare un'esistenza ormai priva per lui di qualsiasi dignità e un collegio di medici, costituito all'uopo, constati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta deve essere soddisfatta senza che, in tal modo, sia pregiudicato il rispetto della vita umana.»

Non manca chi sostiene che, sul piano deontologico una simile proposta si configura come 'eutanasia attiva'.

A tal proposito, nel **"Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali"** si trovano accese critiche al documento della Commissione più precisamente, riguardo al **punto 8** il cui testo è visibile sopra.

Il CNB, osserva che «l'eterogeneità delle tematiche affrontate nel documento ne rende disagevole l'analisi, apparendo problematica l'individuazione delle linee operative che la Proposta sottende. Inoltre la questione relativa alla eutanasia attiva, che è poi quella più acuta sul piano etico, è introdotta in modo frettoloso e quasi incidentale»

Inoltre ritiene non adeguata e ambigua la definizione di morte suggerita dal documento - ai punti **b)** e **c)** - che adotta un concetto erroneo, riferendosi alla sola 'morte corticale'¹.

Riconosce l'importanza, nell'assistenza integrale portata al malato, anche delle cure palliative e depreca ogni «indebito 'accanimento terapeutico'» precisando che la rinuncia quest'ultimo comunque «va tenuta distinta dalla 'eutanasia passiva'»

E anche se insiste sul principio clinico della proporzionalità delle cure - con il coinvolgimento, fin dove possibile, del paziente nelle decisioni che gli vengono prospettate - non condivide la Proposta nella parte in cui afferma che il medico "deve" soddisfare la domanda del paziente, che gli chiede di porre fine alla sua vita.

Per quanto riguarda la *"teoria della proporzionalità"* ne abbiamo trovato cenni anche in altre due occasioni:

- ❖ La prima forma di depenalizzazione dell'eutanasia è rappresentata probabilmente dal *Natural Death Act* approvato in California nel 1976, che riconosce per la prima volta al mondo, la validità giuridica del *living will* in ragione dell'applicazione della **teoria della proporzionalità degli interventi terapeutici**.
- ❖ La S. Congregazione per la Dottrina della Fede nella dichiarazione sull'eutanasia n.2 si occupa di enucleare alcuni di questi criteri per valutare bene i mezzi a disposizione, al fine di stabilire la loro **proporzionalità**.

¹ vedi infatti "Definizione e accertamento della morte" riportato *supra* a pag 46, che identifica la morte dell'individuo con la morte cerebrale totale.

Alcune annotazioni. Dal **punto g)** della Relazione *Schwarzenberg* si ricava che il dolore, può essere visto come un ‘attentato contro la dignità umana’.

Nel **punto 8** si possono riconoscere molti “se”; potremmo confrontarli con i requisiti fissati dalla giurisprudenza olandese, che vedremo in seguito².

2. La «protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti» dal PARLAMENTO EUROPEO al COMITATO DEI MINISTRI.

2.I. Raccomandazione 1418/1999³

Considerando adesso tempi più recenti troviamo che, nel giugno 1999, l’Assemblea del Parlamento europeo si è pronunciata con la **raccomandazione 1418/1999** sul tema dichiarandosi sostanzialmente ‘a favore del mantenimento del divieto assoluto dell’eutanasia per i malati incurabili e in stato terminale’.

È stata così respinta la richiesta di ottenere il cd ‘diritto alla morte’, come richiesto da numerose associazioni in Europa e sostenuto in Aula dagli interventi di numerosi parlamentari.

La raccomandazione approvata chiede agli Stati membri di prevedere nel loro diritto interno, le misure necessarie ad assicurare ai morenti l’indispensabile protezione giuridica e morale, ma soprattutto la protezione della loro dignità

2.II. Risposta del Comitato dei Ministri (adottata alla 728^e riunione dei Delegati dei Ministri tenutasi il 30 ottobre 2000) alla Raccomandazione 1418 del 1999⁴.

Dopo aver esaminato attentamente la *raccomandazione 1418/1999*, il Comitato ammette che tale documento solleva problemi fortemente complessi sui quali già in passato lo stesso comitato si era pronunciato.

Il Comitato nota che dall’Assemblea gli viene chiesto di «*encourager les Etats membres à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards*» insistendo particolarmente su «*le droit à l’autodétermination des malades incurables et des mourants et l’interdiction de mettre fin intentionnellement à la vie des malades incurables et des mourants.*»

Per quanto riguarda il diritto dei malati incurabili e dei morenti all’autodeterminazione il Comitato ricorda l’art.9 della Convenzione di bioetica che dice: «*Les souhaits précédemment exprimés au sujet d’une intervention médicale par un patient qui, au moment de l’intervention, n’est pas en état d’exprimer sa volonté, seront pris en compte.*» sottolineando poi che tale redazione si trova entro il rispetto del diritto all’autodeterminazione del paziente e la responsabilità del medico.

² Vedi *supra* pagg. 73 e ss.

³ per il testo integrale della raccomandazione vedi **allegato V** (nelle versioni francese e inglese)

⁴ per il testo integrale della risposta vedi **allegato VI** (nelle versioni francese e inglese)

Quanto invece all'interdizione assoluta di mettere fine intenzionalmente alla vita dei malati incurabili e dei morenti, il Comitato dei Ministri constata l'esistenza, negli Stati membri di legislazioni contraddittorie concernenti il rifiuto di continuare certi trattamenti anche in materia di eutanasia.

Allo scopo di ottenere una visione globale delle leggi o pratiche applicate dagli Stati membri, il Comitato ha incaricato il Comitato direttivo per la bioetica (CDBI) di raccogliere informazioni.

Il Comitato tiene a sottolineare che la protezione dei diritti fondamentali della persona umana, ivi compresi quelli dei malati e dei morenti, rileva per ciò che riguarda la responsabilità degli Stati membri, sotto il controllo della Corte europea dei diritti dell'uomo.

Il Comitato dei ministri ha infine invitato il Comitato direttivo per i diritti dell'uomo (CDDH) a formulare un suo avviso sulla raccomandazione 1418/1999.

Riassumendo⁵. Il consiglio d'Europa sulla Raccomandazione del comitato, sui diritti dei malati e dei morenti:

Nei primi sei articoli si enunciano i diritti dei malati:

- diritto al rispetto della volontà del paziente circa il trattamento da applicare
- diritto alla dignità e integrità
- diritto all'informazione
- diritto alle cure appropriate
- diritto a non soffrire inutilmente

L'art.7 esclude l'eutanasia attiva

Con la raccomandazione gli Stati membri vengono invitati a creare commissioni nazionali incaricate di esaminare i ricorsi contro i medici e a presentarne i risultati al consiglio d'Europa.

La raccomandazione pone il problema della rinuncia all'intervento per prolungare la vita, in tre casi:

- malattia in stato preagonico
- in conseguenza di terapie analgesiche 'invasive'
- per dichiarazione scritta del paziente (analogamente al living will) → semplice rinuncia ai mezzi di prolungamento della vita

⁵ da E. Sgreccia, “Manuale di bioetica” vol.1 (Bioetica, eutanasia e dignità della morte, pagg. 744 e ss.)

2.III. Da Strasburgo, appello di *M.me Gatterer*.

Riportiamo ora quello che *M.me Edeltraud Gatterer* (Austria), relatrice dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, ha dichiarato a Strasburgo il 29 novembre 2000, cioè un giorno dopo che la seconda Camera del Parlamento olandese ha accolto la legge sull'eutanasia, a proposito di tale evento:

« *La loi sur la légalisation de l'euthanasie que la Deuxième Chambre du Parlement néerlandais a adopté hier est contraire à la Convention européenne des droits de l'homme* »,

Ella ha poi lanciato un pressante appello alla *Première Chambre* - Senato - affinché non approvi tale testo.

M.me Gatterer argomenta che « *L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose que la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement et garantit ainsi le droit à la vie* » e precisa « *notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants dans les 41 Etats membres du Conseil de l'Europe, y compris aux Pays-Bas.*» cioè, particolarmente in ciò che concerne i malati incurabili e i morenti nei 41 Stati membri del Consiglio d'Europa, ivi compresi i Paesi Bassi.

Poi osserva che una raccomandazione indirizzata ai nostri Governi volta a mantenere questo 'divieto assoluto' - o come appare nel testo originale, «*visant à maintenir cette interdiction absolue*» in cui il termine 'interdiction' ha a nostro avviso una valenza intraducibile, come spesso accade - è stata adottata dall'Assemblea parlamentare nel giugno del 1999.

Sostiene che il desiderio di morire espresso da un malato incurabile o un morente « *ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort* » e sottolinea «*de la main d'un tiers* » cioè 'per la mano di un terzo', « *et ne peut servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort* », quindi neppure come giustificazione legale all'esecuzione di azioni destinate a condurre - letteralmente 'trascinare' - la morte.

M.me Gatterer infine, conclude che l'obbligo, anzi 'obligation' di rispettare e proteggere la dignità di un malato incurabile o di un morente è la conseguenza naturale « *de la dignité inviolable inhérente à l'être humain à tous les stades de la vie* ». Questo rispetto e questa protezione si traducono nella creazione di uno sviluppo appropriato che permette all'essere umano di morire nella dignità

Parte II.
L' EUTANASIA

CAP.1 « PARLANDO DI EUTANASIA...»

1. NOTE GENERALI

Varie forme di eutanasia.

A seconda dello scopo che si intende perseguire l'eutanasia assume varie forme.

- **Eutanasia eugenica:** soppressione indolore dei deformi, allo scopo di migliorare la specie.
- **Eutanasia collettivista:**
 - **economica/utilitaristica:** eliminazione di invalidi, vecchi e infermi;
 - **criminologica:** eliminazione di persone 'socialmente pericolose' - forse questo potrebbe ricondursi anche allo scopo della pena di morte¹;
 - **sperimentale:** eliminazione a scopo scientifico;
 - **solidaristica:** eliminazione per salvare altre vite;
- **Eutanasia individualistica-pietosa:** quella di cui ci occuperemo.

Eutanasia sugli animali da laboratorio.

Riportiamo ora, per mera conoscenza, che in riferimento agli animali, l'eutanasia è praticamente 'obbligatoria'. E se questo può far riflettere, ogni pensiero viene lasciato al lettore.

Si parla di eutanasia sugli animali nella *Direttiva 92/69/CEE della Commissione, del 31 luglio 1992, recante un adeguamento al progresso tecnico della direttiva 67/548/CEE del Consiglio relativa alla classificazione, all'imballaggio e all'etichettatura delle sostanze pericolose*² nella parte relativa ai *metodi per la determinazione della tossicità:*

«...Può essere necessaria la eutanasia degli animali che mostrino indizi gravi e permanenti di sofferenza e dolore.»

Oppure si dice *«...Per gli animali che presentano segni gravi e continui di sofferenza fisica può rendersi necessaria l'eutanasia.»*

Tra le informazioni che la *relazione di prova* deve includere, se possibile, c'è anche la voce: *«ragioni e criteri usati per la eutanasia degli animali.»*

«...Gli animali che vengono sottoposti ad eutanasia in conseguenza di sofferenza e dolore dovuti al composto vengono registrati come morti in conseguenza del composto.»

¹ Sul confronto tra eutanasia e pena di morte vedi *infra* pag.13

² Gazzetta ufficiale n. L 383 del 29/12/1992 pagg. 0113 - 0235

2. NOTE STORICHE

2.1 L'eutanasia nella cultura umana.

Solo negli ultimissimi tempi il dibattito sull'eutanasia si sta facendo strada anche qui.

Eppure l'idea che una persona, in possesso delle sue facoltà, possa decidere di porre fine - con o senza l'aiuto altrui - alla propria vita non era estranea alla nostra cultura.

Nella Roma antica il suicidio, eventualmente praticato con l'assistenza di schiavi o familiari, veniva considerato una scelta legittima di fronte ad eventi che avrebbero potuto compromettere la possibilità di vivere una vita libera e dignitosa.

Nella Sardegna dell'epoca nuragica erano le donne, alcune appositamente addestrate, che si incaricavano di sopprimere pietosamente i malati allo stato terminale, in modo da evitare loro inutili sofferenze.

Aristotele parlava di «utilità politica» riferendosi all'uccisione dei neonati deformati a Sparta.

Platone estendeva questa legittimazione agli adulti gravemente ammalati, soppressi con la cooperazione dei medici.

Seneca, *Epitteto* e *Plinio il Giovane* si suicidarono in onore di una dottrina stoica ripugnante della malattia e della vecchiaia.

In base alle dottrine del dogmatismo religioso, a partire dal medioevo, le scelte fondamentali della vita degli esseri umani vengono considerate 'al di fuori dalla loro disponibilità'.

Infatti il Cristianesimo porta ad una svolta nel mondo occidentale, ma si possono trovare di nuovo pratiche eutanasiche in forma organizzata, con l'avvento del nazismo. Si tratta in questo caso del primo "**programma politico dell'eutanasia**": dagli atti del Processo di Norimberga risulterebbe che settantamila vite vennero eliminate perché definite "esistenze prive di valore vitale".

In altre culture, peraltro lontane, è 'naturale' e talvolta ha una valenza addirittura religiosa.

Tra gli *Hicol* del Messico il "**dispensador**", colui che somministra la morte, è il parente più prossimo.

Tra gli *Indios Bororo* del Mato Grosso il vecchio che si sente inutile esige che sia il figlio a dargli la morte³.

Nella Tribù dei *Battaki* di Sumatra, il padre anziano si lascia cadere da un albero ed i parenti lo uccidono e ne mangiano le carni.

³ da Focus n. 98, pag. 88

Il seguente **Manifesto sull'eutanasia** fu pubblicato su “*The Humanist*” nel luglio 1974.

«Affermiamo che è immorale accettare o imporre la sofferenza. Crediamo nel valore e nella dignità dell'individuo; ciò implica che lo si lasci libero di decidere ragionevolmente della propria sorte...non può esservi eutanasia umanitaria all'infuori di quella che provoca una morte rapida e indolore ed è considerata come un beneficio dell'interessato. È crudele e barbaro esigere che una persona venga mantenuta in vita contro il suo volere e che le si rifiuti l'auspicata liberazione, quando la sua vita ha perduto qualsiasi dignità, bellezza, significato, prospettiva di avvenire.

La sofferenza inutile è un male che dovrebbe essere evitato nella società civilizzate. Raccomandiamo a quanti condividono il nostro parere di firmare le loro “ultime volontà” di vita, di preferenza quando sono ancora in buona salute, dichiarando che intendono far rispettare il loro diritto a morire degnamente...deploriamo la morale insensibile e le restrizioni legali che ostacolano l'esame di quel caso etico che è l'eutanasia...ogni individuo ha diritto di vivere con dignità e di morire con dignità»

2.1 Casi dalla storia.

Sul diritto ad una morte naturale vediamo due casi le cui differenze sono la spia di una svolta:

- nel **caso *Quinlan***, 1975 ca., la famiglia chiede l'ingiunzione del tribunale per interrompere la ventilazione polmonare;
- nel **caso *Cruzan***, 1983 ca., sempre la famiglia, chiede la sospensione dell'alimentazione e idratazione artificiali;

Da ciò emerge chiaramente la diversità all'epoca del primo caso (*Quinlan*) c'è, tra l'interruzione di trattamenti medici in generale e l'interruzione della nutrizione/idratazione artificiale, una differenza notevole in ordine a remore morali e implicazioni psicologiche; nel secondo caso (*Cruzan*), questa distinzione viene superata, sia dai richiedenti sia dai giudici, ed entrambe i trattamenti cominciano ad essere concepiti come terapeutici.

I casi di *Karen Ann Quinlan* e *Nancy Cruzan*, entrambe d'oltreoceano, insieme con il caso di *Claire Conroy*, e il più recente del *Dr. Cox*, si inseriscono in una storica sequenza di esperienze giurisprudenziali che sollevarono, a livello mondiale, proprio il problema circa la “giustizia” di una Giustizia che condanna le ‘pratiche eutanasiche’.

3. POSIZIONI NEL DIBATTITO

Sembra ad un primo sguardo, che i due giganti a confronto, in questa battaglia per la legalizzazione dell'eutanasia siano da un lato la Chiesa cattolica e dall'altro i movimenti attivisti pro-eutanasia mentre tutti gli altri assumono posizioni intermedie, ora più vicine all'una, ora all'altra.

3.1 Dalla parte della religione: quale parte?

La Chiesa cattolica.

«L'eutanasia va condannata perché implica l'uccisione anticipata, sia pur pietosa, del morente: mentre la umanizzazione della morte va promossa con un insieme di mezzi e di attenzioni.»

Questa è la posizione che si ricava dai documenti del ministero della Chiesa cattolica secondo cui un'istanza di "eutanasia per legge" avanza nella società "mortifera" e terrificata dalla morte, qual è quella occidentale.

La morte è diventata un tabù e nel XXsec. ha rimpiazzato il sesso come principale interdizione.

L'eutanasia è la fuga dal dolore e dall'agonia. Infatti la richiesta di legalizzare l'eutanasia viene dai paesi della società industriale⁴.

I movimenti pro-eutanasia non si limitano ad un atteggiamento di comprensione umanitaria del fatto, quando capita il cd "caso pietoso" ma mirano alla richiesta della legalizzazione (Giovanni Paolo II ha designato questa visione «cultura della morte»).

La Chiesa valdese⁵.

La Chiesa valdese, invece, ha espresso una posizione estremamente liberale, attraverso un documento approvato nel 1998, da un apposito gruppo di lavoro.

In questo documento si legge «solo l'essere umano pienamente cosciente è in grado di decidere se la propria vita è 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» per conseguenza «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». Se ne ricava la "libertà di espressione" come un'argomentazione pro-eutanasia.

Infine il documento valdese chiede «che anche per l'Italia inizi un cammino, anche legislativo».

⁴ da E. Sgreccia, "Manuale di bioetica" vol.1, Bioetica, eutanasia e dignità della morte, pag.722

⁵ dal sito www.chiesavaldese.org

3.2 I movimenti a sostegno dell'eutanasia.

Nel mondo.

Storicamente i movimenti a favore dell'eutanasia compaiono all'inizio del 1900.

Ci sono associazioni pro-eutanasia il cui obiettivo è quello di arrivare alla legalizzazione e depenalizzazione dell'eutanasia attiva e suicidio assistito.

In tali associazioni operano medici e giornalisti che sono spesso anche autori di libri il cui contenuto rappresenta una vera e propria "guida per togliersi la vita", dove vengono fornite le indicazioni sui farmaci, su come ottenerli e come assumerli a tale scopo.

Troviamo associazioni di questo tipo in tutto il mondo (la britannica *Voluntary Euthanasia Societies - V.E.S.* - oggi divisa nell'inglese *Exit* e nella *Voluntary Euthanasia Societies* di Scozia, l'americana *Hemlock Society*, a livello mondiale la *World Federation of Right to Die Societies*).

Gli scopi di queste associazioni sono: rendere il diritto di morire con dignità un'opzione disponibile a chiunque, proteggere i malati ed i medici, arrivando ad ottenere una riforma legale della materia.

Dereck Humphry: giornalista inglese, è tra i fondatori della *Hemlock Society*; egli sostiene che ogni essere umano consapevole, in possesso delle sue piene facoltà mentali, deve poter decidere della propria morte quando le condizioni di vita siano tali da non poter essere sopportate a lungo e quando la dignità del vivere e del morire siano profondamente minacciate da condizioni miserevoli. Quindi egli punta sul concetto di **autonomia individuale**.

Un'importante considerazione è che ci sono aspetti patrimoniali ed economici, collegati alla morte: questioni finanziarie, polizze assicurative, contratti già stipulati, il testamento, etc...

C'è chi porta, come argomento a favore dell'eutanasia il fatto che il suicidio è un atto legale che teoricamente chiunque può praticare. Ma i malati terminali che sono in un ospedale non possono esercitare questa opzione. In questi termini, essi sono discriminati. Si dovrebbe quindi dar loro le stesse possibilità di suicidio che la gente sana ha, fuori dall'ospedale.

In Italia.

In Italia sono due i movimenti che noi abbiamo consultato per avere informazioni: l'**Associazione 'Liberauscita'** e la parte italiana dell'**Associazione 'Exit'**, nei loro rispettivi siti Internet⁶.

- I primi muovono dal presupposto che non è loro intenzione entrare nel dibattito sulla possibilità da parte dei familiari o dei medici di “staccare la spina”, ma il loro interesse è unicamente rivolto all'ipotesi in cui un essere umano, nel pieno delle proprie facoltà, decide di terminare la propria esistenza con l'assistenza di altri ovvero chiede che qualcuno lo faccia per lui, in presenza di determinate condizioni future, indicando tipicamente malattie come la *sclerosi multipla* o l'*Alzheimer* che tolgono progressivamente al malato ogni possibilità di utilizzo delle proprie facoltà mentali e/o fisiche.

E proprio da questo parte la riforma da essi sollecitata, di cui parleremo in seguito⁷

- Per i secondi, comunque venga chiamato, eutanasia o altro, il concetto è identico e l'importante è «avere riconosciuto legalmente il diritto che consenta di disporre della fine della propria esistenza in modo dignitoso».

A garanzia di tutto ciò vi sarebbe il Testamento Biologico, il *Living Will*; perciò secondo Exit, le disposizioni di volontà che tale documento contiene, «dovranno essere accettate dall'Ordinamento Costituzionale Italiano garante del diritto, che rispetti le libertà dei cittadini».

Anche l'attività di questa associazione ha portato alla redazione di un disegno di legge⁸.

Un altro illustre sostenitore della “dolce morte” è il noto giornalista **Indro Montanelli** che in uno dei suoi articoli⁹, a chi lo accusava di aver tralasciato, nel prendere pubblicamente una posizione a favore, di illustrare ai lettori cosa lui stesso intendesse per “dignità”, ha risposto senza falsi pudori: «*Per dignità intendo anche (dico anche) l'abilitazione a frequentare da solo la stanza da bagno...*». Mentre, si legge, per la Chiesa «*la 'dignità' sarebbe una fisima di vago e basso conio*».

Quello che ci ha colpito è stato che, di solito nessuno riesce mai ad essere così schietto quando pubblicamente si disquisisce sull'eticità o sulla giuridicità di un comportamento e si debbono spiegare concetti, poiché è sicuramente meno impegnativo farlo richiamando concetti astratti; questi ultimi sono più lontani dall'influenza del comportamento umano e, essendo conseguentemente meno afferrabili, sono più difficili da contestare.

Un'altra idea interessante si può ricavare laddove *Montanelli* parla di “suicidio di Stato”. Ci tiene a precisare che la legalizzazione, alla quale Egli fa appello, comunque non si ridurrebbe a ciò; anche

⁶ www.liberauscita.it e www.exit-italia.it

⁷ vedi *supra* pagg.52 e ss.

⁸ vedi *supra* pagg.49 e ss.

⁹ dal Corriere della Sera del 21 dicembre 2000

perché i destinatari del suo appello sarebbero non lo Stato, ma «*i medici e ove venga chiamato in causa, il magistrato*».

3.3 DALLA PARTE DEI MEDICI

3.3.1 Responsabilità del medico.

Il *Giuramento di Ippocrate* recita: «Non mi lascerò indurre dalla preghiera di nessuno, chiunque egli sia, a propinare un veleno o a dare il mio consiglio in una simile contingenza.»

3.3.2 I principi di etica medica europea.

Parigi conferenza internazionale dell'ordine dei medici 6 gennaio 1987.

Il 12esimo articolo ha destato polemiche: alcuni sostengono sia un'apertura all'eutanasia passiva

Il testo dice: «la medicina implica in ogni circostanza, il rispetto costante della vita, dell'autonomia morale, e della scelta del paziente. Tuttavia il medico può in ogni caso di malattia incurabile e terminale, limitarsi a lenire... »

Sebbene nel testo dell'articolo non figuri l'espressione eutanasia passiva, il dubbio rimane in ordine alla frase: «il medico deve rispettare l'autonomia morale e la libera scelta del paziente» ne consegue che il medico è autorizzato a limitare il suo intervento “a lenire il dolore fisico e morale”.

L'interpretazione è stata chiarita da un emendamento approvato dall'assemblea plenaria del comitato permanente dei medici della comunità europea (Berlino, novembre 1987) dell'articolo 12 che oggi dice: «ogni atto mirante a provocare la morte di un paziente è contraria all'etica medica.»

3.3.3 Comitato Nazionale per la Bioetica, questioni bioetiche relative alla fine della vita umana¹⁰.

Sorti di una possibile legislazione. Nell'interrogarci sui risvolti etici che una possibile legislazione eutanasi potrebbe presentare, nel nostro come in tutti gli ordinamenti positivi, ci sembra opportuno riportare qui, un paio di considerazioni offerteci dalla riflessione che il Comitato Nazionale di Bioetica ha compiuto sulle “questioni bioetiche relative alla fine della vita umana”.

È convinzione del CNB che «nessuna legislazione eutanasi possa avere valore bioetico» perché in questa materia si ha a che fare con casi atipici e sempre così diversi da non poter sottendere ad un'unica valutazione generale e astratta, quale sarebbe necessariamente quella di una formulazione normativa, cioè «un atto normativo per sua natura, non può disciplinare adeguatamente situazioni singolari, tragiche, irripetibili come quelle eutanasiche; per farlo esso dovrebbe infatti individuare

¹⁰ a cura della Dott.^{ssa} V.Marchini, dal sito <http://utenti.fastnet.it/utenti/marinelli/bioetica/eust.html>

una procedura di carattere inevitabilmente astratto» perché formalizzato giuridicamente in un rapporto di mandato tra “paziente” e “operatore (in genere medico)”.

Un'altra difficoltà che il CNB ritiene insormontabile, bioeticamente parlando, è rappresentata dal fatto che non si saprebbe quale rilevanza giuridica (formale) dare al “mandato eutanascico”; cioè

- se si stabilisse che si tratta di un *atto insindacabile dall'operatore*, questi sarebbe tenuto ad assecondare la richiesta anche quando non sussistano le condizioni di fatto che il paziente indica invece come sufficienti a giustificare l'eutanasia: insomma, il paziente ordina e il medico agisce;
- se invece si stabilisse che il mandato eutanascico è un *atto sindacabile* allora si affiderebbe al medico un potere ultimativo di vita e di morte sul paziente, che diventerebbe presto inaccettabile per la sua potenziale natura anonima ed oggettiva.

Il consenso informato. Nel *Parere del CNB sull'Informazione e Consenso all'Atto medico* si legge: «Il CNB ritiene che il consenso informato costituisca legittimazione e fondamento dell'atto medico, e allo stesso tempo strumento per realizzare quella ... alleanza terapeutica nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici...»

Il consenso diventa requisito essenziale: 'necessario' ma forse 'non sufficiente'.

È comunque su questo punto, a nostro avviso, che potrebbe puntare chi propone la legalizzazione della pratiche eutanasiche: perché, se già si è accolta l'idea del consenso come 'legittimazione' di un atto altrui operato sulla propria persona, con un'ampia interpretazione dell'affermazione si potrebbe azzardare che “purché vi sia il consenso, e purché questo consenso sia informato, il medico può ...”: il consenso come necessario e sufficiente.

Il paziente dunque, non è più parte passiva.

Si può notare come quest'idea sia posta a fondamento di un altro importante istituto: le *advance directives*.

Con esse il paziente assume non più solo un ruolo di oggetto della cura, ma di **parte attiva** nella relazione terapeutica come soggetto affiancato al medico. Tale svolta rappresenta la **responsabilizzazione del paziente** che sottoscrive un **documento legale liberatorio**

Nell'etica medica entra il concetto di “*consenso informato*”.

Il primo Stato in cui si è riconosciuto valore legale o comunque si è definito il campo di applicabilità delle 'direttive anticipate' è rappresentato dagli Stati Uniti, in cui tuttavia, le *advance directives* sono comunque sottoposte ad alcune limitazioni.

Le polemiche nei confronti di queste riguardano la possibilità che tali documenti portino decisioni dell'interessato, prese in tempi remoti e mai modificate magari per negligenza, inoltre nella pratica sembra che soltanto una esigua parte dei ricoverati abbia preventivamente sottoscritto una *advance directive*, in particolare un *living will*.

Comunque esse rappresentano per lo più un rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Proprio nel “consenso” potrebbe ravvisarsi l'elemento discriminatorio più imponente tra la campagna per la legalizzazione dell'eutanasia e il cammino percorso dalla legislazione sull'interruzione volontaria di gravidanza: il feto non può esprimere il proprio consenso (salva la problematica dei requisiti di validità) che invece è posto comunque come base anche dai sostenitori dell'eutanasia attiva volontaria.

Peraltro tra le due questioni, sussistono notevoli analogie.

Il CNB si preoccupa di fissare dei requisiti: in positivo *«le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico dovranno essere veritiere e complete»* e in negativo *«ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando esasperate precisazioni di dati come percentuali di complicanze, di mortalità, insuccessi funzionali...»*

La parte più interessante però si legge in questo stralcio: *«In ogni caso, il paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti»*, ecco che si parla finalmente di “diritti”.

A questo punto occorre chiedersi: ma a quali diritti si intende far riferimento?

Si conclude dicendo: *«e quindi formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto alle svolte e alle alternative che gli vengono proposte.»*

Cap.2 L'EUTANASIA IN ITALIA

Il problema dell'eutanasia è stato oggetto di particolare e sempre crescente interesse da parte della dottrina medico-legale, sia dal punto di vista etico che deontologico, e come abbiamo già visto, le polemiche, non solo in Italia - anzi, nel nostro paese il problema sembrerebbe essere piuttosto 'latente' forse anche perché, per ora l'attenzione dei mass-media è rivolta altrove - ma in Europa e a livello mondiale, infuriano da tempo.

1. EUTANASIA TERAPEUTICA: tentativi di definizione¹

Nel tentativo di delineare un po' più chiaramente i termini del problema, confluiscono riflessioni di ogni tipo: religioso, etico, demografico, sociologico, tutte però, non aiutano certo a dare una definizione strettamente giuridica del problema.

Questo compito diventa ancora più difficile, in assenza di una nozione legislativa di eutanasia ma anche di un riferimento a tale fenomeno, nel diritto positivo vigente.

Nella giurisprudenza italiana il termine "eutanasia" non ha una definizione giuridica, e nel codice penale il termine non compare.

Volendo in questa sede, darne una nozione potremmo far riferimento all'eutanasia terapeutica come a *un comportamento intenzionalmente diretto a provocare la cessazione indolore della vita quando la morte è prossima e inevitabile.*

Ma prima di tutto analizziamone la struttura; è opportuno suddividerla in:

- eutanasia attiva o per commissione: agente, di solito un medico, pone fine alla vita del malato con un agire positivo.
- eutanasia passiva o per omissione: omettendo o interrompendo il trattamento del malato.

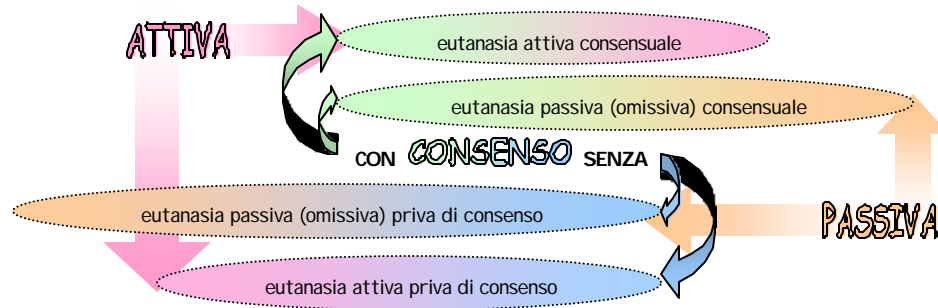
La suddivisione deve essere ulteriormente fatta a seconda che vi sia o meno il consenso: quindi si avrà un ipotesi o **consensuale** o **senza consenso**, a seconda che il malato abbia richiesto o meno, che si ponesse fine alla sua vita mediante l'applicazione del procedimento eutanasi.

Così si avranno almeno quattro tipi di eutanasia:

- ❖ eutanasia attiva consensuale
- ❖ eutanasia attiva priva di consenso
- ❖ eutanasia passiva (omissiva) consensuale
- ❖ eutanasia passiva (omissiva) priva di consenso

¹ Da: *giustizia penale 1993, fasc.8 e 9, parte 1°*, pagg. 276-288

A questo punto si può analizzare il problema da due diversi punti di vista, prendendo in considerazione o l'aspetto dell'AZIONE/OMISSIONE o l'aspetto del CONSENSO.



1.1 Dal punto di vista dell'AZIONE/OMISSIONE

Circa l'*eutanasia attiva* vedi oltre a pag.40.

Per quanto riguarda l'*eutanasia passiva*, parte della dottrina, mentre condanna l'eutanasia omissiva *sine consensu*, considera non punibile quella praticata sul malato consenziente.

Questo sulla base del “diritto di rifiutare le cure” sancito nella nostra Costituzione all'**art.13** e all'**art.32/2c**.

Per cui, in presenza di una “manifestazione di volontà di non voler essere curato” verrebbe meno l'obbligo che, ai sensi dell'**art.40c.p**, grava sul medico.

Altri invece, impegnandosi in una ricerca di priorità tra i diritti enunciati dal testo costituzionale, ragionano come segue.

Al fine della liceità dell'eutanasia passiva consensuale - che consisterebbe nel rispetto della volontà del paziente di rifiutare le cure, per accelerare l'agognato evento morte - si richiede un **consenso valido**, ovvero “un atto di volontà personale, reale, informato, autentico e attuale”, un consenso irretrattabile.

Le sofferenze però, il disagio, i conflitti interiori che accompagnano la fase terminale della malattia influiscono a livello psicologico rendendo impossibile la presenza di tutti i requisiti richiesti.

Una corretta interpretazione sistematico-costituzionale degli **artt.13** e **32/2c** porta ad escludere che il ‘divieto dei trattamenti curativi coattivi’ possa spingersi fino a mettere in discussione il bene della vita.

Se la carta costituzionale all'**art.2** riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo tra cui il **diritto alla vita**, e se si considera tale diritto come preminente rispetto alla **libertà personale** dell'**art.13** e alla **libertà di rifiutare le cure** dell'**art.32/2c**, allora queste devono subire una restrizione.

In considerazione del collegamento tra gli [artt.13 e 32](#) non può, nei casi in oggetto, prescindere dall'[art.2](#)cost.: dovrà ritenersi lecita la restrizione di libertà qualora sia strumentale alla difesa del malato che deve essere salvaguardata a tutti i costi, anche contro la sua volontà

Inoltre, da un punto di vista penalistico, la fattispecie in esame non farebbe venire meno l'obbligo *ex art.40 c.p.*

E nel nostro ordinamento sono attualmente vigenti l'[art.579](#), l'[art.580](#) nella parte in cui punisce l'*aiuto al suicidio* e l'[art.593](#) che punisce l'*omissione di soccorso* come reato, anche se commesso nei confronti del suicida; riguardo alla figura di quest'ultimo, non può non considerarsi tale anche colui che rifiuta le cure allo scopo di lasciarsi morire.

In conclusione:

- nella prima parte dell'[art.2](#) si protegge la vita come diritto inviolabile, indispensabile e insopprimibile come valore assoluto che trascende la singola persona che ne è portatrice.
- nella seconda parte dell'[art.2](#) vengono valorizzati quei doveri di solidarietà sociale a cui siamo tutti obbligati.

L'eutanasia nel nostro ordinamento è da considerarsi illecita; ma non può disconoscersi che quando sia spinta da 'motivi di pietà' reali, meriti un trattamento meno severo di quello contemplato per il comune omicidio.

Il riconoscimento di questa circostanza dipende dalla discrezionalità del giudice, e si fanno perciò ricadere tali condotte in fattispecie ben tipizzate in modo da poterle considerare come ipotesi minori di omicidio volontario, qualificate dal motivo di pietà

1.2 Dal punto di vista del CONSENSO

Le *eutanasie prive di consenso*, siano esse attive o passive, sono considerate *omicidio volontario*, *ex artt.575 e 577c.p.*

Agli autori delle stesse possono essere concesse le circostanze attenuanti comuni dell'[art.62 n.1](#) e le attenuanti generiche dell'[art.62bis c.p.](#), qualora si riconosca che il gesto fu animato da "motivi di pietà". Tuttavia queste, se in concorso con circostanze aggravanti, andrebbero comunque in secondo piano.

Le *eutanasie consensuali*, cioè attuate con il consenso della vittima dovrebbero attivare gli estremi dell'[art.579 c.p.](#)

In concreto, questo non succede perché possono rientrare nella disciplina della norma indicata solo rari casi.

Il più delle volte risultano applicabili le disposizioni dell'omicidio comune, quando nel soggetto passivo si verifica una riduzione delle capacità intellettive tale da rendere invalido il consenso prestato per le condizioni di deficienza psichica.

Sempre con riguardo alle eutanasi consensuali bisogna aggiungere che, ai fini dell'accertamento della validità del consenso, risultano importanti i motivi che indussero il malato a pervenire a soluzioni tanto drastiche.

Perciò si deve ritenere **invalido** quel consenso che pur essendo stato prestato dal malato nel pieno delle sue facoltà mentali, doveva interpretarsi come richiesta non già di morte, ma di conforto.

1.3 Un altro criterio di discriminazione

Un altro criterio di distinzione che viene adottato nell'ambito dell'eutanasia, sempre nel tentativo di darle il più possibile una forma "giuridica" è quello che nella definizione di eutanasia assume come parametro il soggetto che ha praticato l'eutanasia per motivi di pietà, distinguendo se:

- I. la condotta sia posta in essere da chi è legato al malato da vincoli di familiarità
- II. la condotta sia posta in essere da chi si occupa di lui nell'esercizio delle professioni sanitarie.

Nel primo caso si richiama l'**art.570c.p.**, *Violazione degli obblighi di assistenza familiare*: «*Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla moralità delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla potestà di genitori o alla qualità di coniuge è punito con la reclusione fino a 1 anno...*» delineando così un obbligo giuridico in tale direzione.

Nel secondo caso non sembra che il nostro ordinamento configuri in campo sanitario il dovere di lottare, sempre e comunque, contro la morte. Il medico deve operare solo con il consenso del destinatario del suo intervento o quando ricorre lo stato di necessità o è legittimato dalla legge.

Quindi vera e propria eutanasia è soltanto quella attiva, cioè quella che si pone in essere attraverso un comportamento diretto ad abbreviare la vita di un soggetto.

L'eutanasia passiva invece, consiste nell'omissione non vietata degli atti idonei a prolungare la permanenza in vita di un individuo destinato ormai a breve alla morte.

Non rientra nella fattispecie in questione alla luce della vigente normativa.

2. Nel nostro ordinamento

2.1 Eutanasia e codice penale

Il nostro codice distingue almeno tre figure che possono essere richiamate nell'ipotesi di eutanasia:

I. **art.575c.p. → omicidio (comune volontario)**

nell'ambito del quale ricade, colui che pratica l'eutanasia (attiva) senza richiesta o espresso consenso

II. **art.579c.p. → omicidio del consenziente**

che punisce l'azione di colui che agisce su richiesta e con il consenso dell'interessato

III. **art.580c.p. → istigazione o aiuto al suicidio**

che punisce anche colui che ha suggerito o assistito altri al suicidio eutanasiaco

2.1. I. omicidio (comune volontario).

vedi infra pag38 Circa le eutanasi consensuali

2.1. II. omicidio del consenziente: l'eutanasia attiva nel codice.

La nozione di Van der maas. Nel Codice penale è previsto un tipo di reato applicabile alla pratica dell'eutanasia attiva volontaria: l'omicidio del consenziente.

Secondo una definizione di *P.J.Van Der Maas* l'eutanasia attiva volontaria è la «terminazione intenzionale della vita da parte di qualcuno che non è la persona interessata, per richiesta di quest'ultima». In questa accezione è chiaramente identificabile l'**omicidio del consenziente**.

Il codice vigente. Il codice *Rocco*, a differenza del codice *Zanardelli* suo predecessore, prende in considerazione il consenso del soggetto passivo nell'omicidio.

L'omicidio del consenziente non realizza una forma attenuata dell'omicidio comune ma costituisce un titolo di reato specifico, cioè un'ipotesi delittuosa autonoma.

Art.579c.p. «Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei mesi a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1. contro la persona minore degli anni diciotto;*
- 2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;*
- 3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.»*

Gli elementi costitutivi. Occorre descrivere gli elementi costitutivi di cui si compone questo delitto.

- l'oggetto giuridico è rappresentato dal diritto alla vita e dalla sua indisponibilità
- l'oggetto del dolo è differenziato, rispetto all'omicidio comune, dal consenso della vittima; non è possibile una figura di "omicidio *colposo* del consenziente", posto che "colpa" e "consenso" sono concetti in palese contrasto.
- altre caratteristiche: minor gravità rispetto all'omicidio volontario; minor pericolosità sociale del suo autore.

In particolare, il consenso del morente. Il consenso del soggetto che muore non esclude l'antigiuridicità dell'atto lesivo, ma vale solo a mutare la qualità del reato, che viene ridotto ad un reato di minore entità rispetto all'omicidio comune: il consenso del morente di fatto riduce la pena per l'imputazione di omicidio.

Questo accade perché la tutela penale del bene della "vita umana" quale bene fondamentale, rende inefficace il consenso dell'avente diritto: infatti, la rinuncia a tale bene non è valida poiché il consenso disporrebbe di un bene che, in base all'[art.32cost.](#) ma anche secondo la giurisprudenza, è indisponibile.

Requisiti del consenso: deve promanare dal titolare del bene protetto, deve essere effettivo e reale, genuino, cosciente e libero.

Contenuto e forma: non necessariamente ripetuta ad insistente; è sufficiente il permesso inequivocabilmente manifestato; l'indifferenza o il mero desiderio interno non sono volontà anche se il consenso può anche desumersi dal silenzio

Termine, condizione, revoca: può essere sottoposto a termine né a condizioni; è sempre revocabile

Errore: Quanto all'ipotesi di divergenza tra il contenuto della volontà della vittima e quella del colpevole, si ritiene che l'errore sull'esistenza del consenso faccia sussistere questa figura criminosa in virtù dell'[art.47c.p.](#), poiché errore che cade su un elemento essenziale del fatto. E ciò tanto nell'ipotesi di errore giustificato che in quello determinato da colpa, dal momento che il cpv. dell'[art.47](#) non distingue, come invece la prima parte, l'errore colposo dal quello non colposo.

Anche l'errore che cada su una delle condizioni di validità del consenso - ad esempio sull'età, sulla capacità del consenziente, violenza o minaccia, inganno - fa vivere il titolo dell'omicidio del consenziente, dal momento che l'agente commette il fatto con dolo proprio di questo delitto.

Situazione inversa è quella dell'ignoranza o dell'errore che fa ritenere inesistente un consenso esistente, invalido un consenso valido. Anche in tali ipotesi si ritiene che si risponda ai sensi dell'[art.579](#), dal momento che il reato putativo prevale su quello reale solo in *bonam partem*, mai in *malam partem*

Invalidità: la norma stessa, nel secondo capoverso, indica quando bisogna ritenere invalido il consenso, enumerandone i casi in modo tassativo: minore età, infermità di mente, deficienza psichica, intossicazione da sostanze alcoliche o stupefacenti, violenza o minaccia, suggestione, inganno.

2.1. III. Il suicidio assistito

Nell'ambito del suicidio (medicalmente) assistito a scopo eutanasi, si possono individuare alcuni elementi che non figurano nei casi di suicidio generico.

Il primo interessa soggetti colpiti da patologie gravi ed incurabili: il soggetto chiede assistenza medica per togliersi la vita, ma non vuole ricorrere ad un metodo violento. Il medico non interviene direttamente ma la sua azione si limita alla prescrizione di farmaci, consigli e suggerimenti; sarà il malato a compiere il gesto finale di privarsi della vita.

Il suicidio assistito non è dunque configurabile nell'omicidio del consenziente.

2.2 L'eutanasia passiva nel codice.

Per quanto riguarda l'eutanasia passiva possiamo osservare che, secondo l'art.40₂c.p. «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale al cagionarlo» perciò si tratta di un reato commissivo compiuto mediante omissione.

Secondo tale disposto il medico che pratica l'eutanasia passiva, cioè che si astiene dall'intervenire pur essendo in grado di agire, è penalmente perseguibile; tuttavia in certi casi ci si trova di fronte alla non punibilità del medico, ma in tali casi è forse più opportuno non parlare di "eutanasia passiva" dal momento che comunque il medico agisca o non agisca l'*exitus* sarà inevitabile. Anzi il rischio al quale si va incontro, se il medico continua la sua vana azione per scongiurare una morte inevitabile, è quello dell'accanimento terapeutico².

2.3 Il *living will*³ nel nostro ordinamento.

Abbiamo visto che la facoltà di rifiutare certi tipi di interventi è tutelata dalla costituzione.

Ma ammettere questa possibilità implica stabilire delle condizioni di validità per il 'rifiuto delle cure'.

Il *living will* sembrerebbe così accolto anche nel nostro ordinamento ma vediamo, riguardo ad ogni elemento, quali posizioni vengono invece assunte:

- si richiede in entrambe i casi la competenza (piene facoltà mentali) dell'individuo;
- nel nostro ordinamento alcuni autori richiedono l'attualità della richiesta o del consenso, che invece, nel *living will* non si configura come tale;

² vedi glossario *infra* pag.2

³ vedi glossario *infra* pag.2

- nel nostro ordinamento la validità della “procura” in questa materia è considerata opinabile

La Consulta di Bioetica ha proposto nel 1997 la nuova versione della Carta di autodeterminazione, sul modello del *living will*.

2.4 Dalla stampa

I. Lucca, 29 maggio 2000, aiuta amico a morire: rischia l'accusa per 'omicidio del consenziente'.
« E' stato formalmente indagato per omicidio di consenziente il giovane che ha confessato di aver aiutato Stefano Del Carlo a morire, praticandogli una iniezione di insulina. Il procuratore di Lucca, Giuseppe Quattrocchi, stamani ha incontrato anche il medico legale che ha svolto l'autopsia sul giovane culturista affetto da una grave cardiopatia per chiarire se a causarne la morte sia stata l'iniezione e, secondo indiscrezioni, avrebbe avuto una conferma in merito. Il reato contestato all'amico di Stefano Del Carlo, del quale non e' stato reso noto il nome, prevede una pena variabile da cinque a 16 anni di reclusione.»⁴

II. In una pubblicazione dell'ADUC, che noi riportiamo qui perché volendo, per quanto possibile, andare a fondo di un problema non ci si può fermare ad una presa di posizione a fianco all'una o all'altra fazione, emerge un'accesa critica al nostro complesso normativo in quanto esso sarebbe il frutto di un'impostazione errata del diritto e della libertà. Lo stato sarebbe un padre/padrone che indirizza, guida e assiste il cittadino/figlio perché questi è incapace di scegliere.

Ecco che vi si legge: « Il problema del diritto all'eutanasia, mette in evidenza un problema ben maggiore che consta in una impostazione del diritto e della norma, deleteri per la libertà dell'individuo in quanto utente e consumatore.

Stiamo parlando di quelle impostazioni che considerano l'amministrato ... come un incapace di decidere sulla sua sicurezza e salute ... E' l'impostazione di chi crede che la persona debba essere assistita, guidata, indirizzata verso ciò che si ritiene buono in assoluto, e in difetto debba essere sanzionata. E' un'impostazione che bisticcia con la concezione di una comunità civica che si dà uno Stato per garantire le libertà di tutti, perché la sostituisce con la sua libertà: unica, assoluta, per cui diventa libertà dello Stato, ma non degli amministrati.

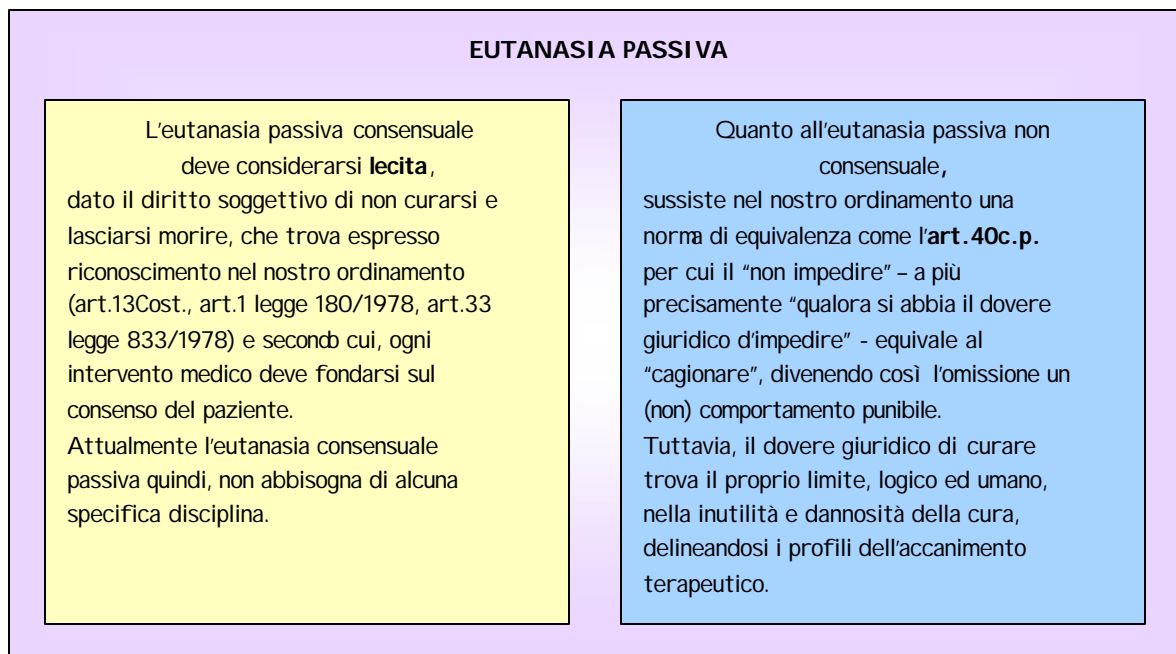
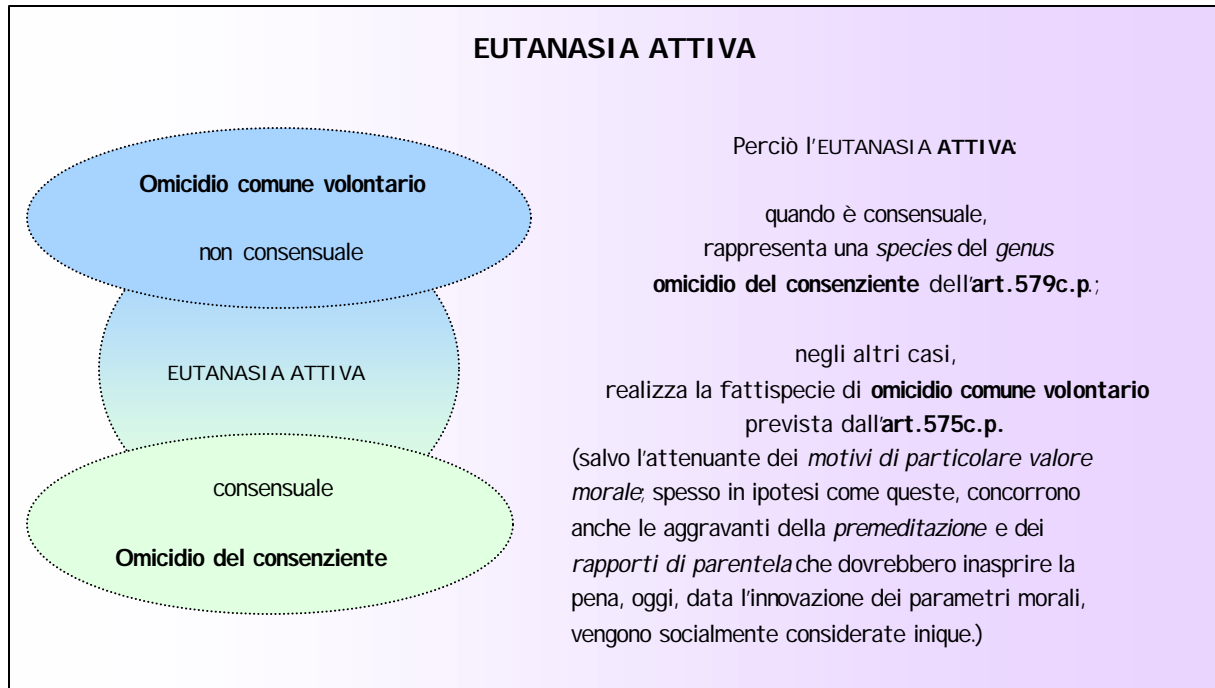
Cos'altro è quell'enorme castello di leggi e norme che pretende di disciplinare ogni aspetto della nostra vita, se non una sostanziale sfiducia e paura dell'individuo? Ed ovviamente questa impostazione arriva a voler regolamentare fino all'intimo, a ciò che alcuna legge potrebbe regolamentare: il reato di suicidio. Così 'decidere sul proprio corpo' è una libertà che non ha bisogno di alcuna legge.»⁵

⁴ dal sito www.ansa.it.

⁵ dal sito www.aduc.it: Avvertenze n. 24/99 del 15 Dicembre 1999

2.5 Conclusioni

Il panorama positivo che regola oggi le vicende eutanasiche può essere così schematizzato:



3. «Ai sensi della legge...»

3.1 Legge 1° aprile 1999 n.91 «DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI»: primi passi verso la pratica eutanasica?

Nell'art.4 legge cit. (*dichiarazione di volontà in ordine alla donazione*), è stabilito che i cittadini **devono manifestare la propria volontà** in ordine alla donazione di organi e tessuti del proprio corpo dopo la morte; la mancata dichiarazione viene considerata come **assenso**.

La “manifestazione della volontà” è un punto delicato infatti la scelta di adottare il meccanismo del silenzio-assenso è tuttora al centro di numerose polemiche.

Tale meccanismo, conseguenza di un'impostazione pubblicistica già accolta in una discreta parte della legislazione dei Paesi europei, rappresenta per molti una forzatura giuridica proprio perché si arriva a considerare “il corpo umano” come un bene disponibile; a giustificazione della trasformazione del corpo da bene indisponibile a disponibile viene posta la solidarietà sociale.

La “indisponibilità” è l'argomento addotto per respingere la possibilità di esprimere un consenso/dissenso riguardo al ‘rifiuto della vita’; proprio questo atto di disposizione è invece alla base del living will, perciò il dibattito intorno a questa forma di autodeterminazione, nel nostro paese si è principalmente focalizzato sui limiti di tale documento, per molti infatti manca di vincolatività già a monte, proprio perché con esso si disporrebbe infatti di un bene che non è disponibile.

Si assiste così ad una inversione di tendenza e viene da sé, teorizzare che tutto ciò possa aprire la strada, nel nostro ordinamento, ad un riconoscimento di nuove idee in materia di intangibilità del bene “corpo umano”. Infatti, a tutt'oggi una delle ragioni per le quali si nega legalità alla pratica eutanasica è proprio fondata sull'argomento secondo cui la “vita umana” ed il “corpo umano vivente” sarebbero beni indisponibili, anche se con questa normativa la disponibilità di tale bene rimane comunque relativa soltanto al *post mortem*.

L'intangibilità non è più la regola; tale condizione è ora invece limitata, salvo eccezioni previste dalla legge, al corpo vivente e analoga tutela non si estende al corpo del soggetto defunto⁶.

In tema di eutanasia, già in passato la *legge n.644/1975* legittimava, nei confronti di coloro che ad un ultimo stadio presentavano un elettroencefalogramma piatto, il prelievo di organi per il trapianto su altri individui.

Il diritto ha spostato la concezione secondo la quale il momento della morte coincide con la definitiva e irreversibile cessazione della sola funzione cerebrale; lasciando però lecita l'interruzione delle terapie rianimatorie.

⁶ Da: “Guida al diritto de Il Sole-24ore” del 1 maggio 1999 n.17

Riguardo alla definizione e all'accertamento della morte, è interessante riportare stralci del rapporto formulato dal Comitato Nazionale per la Bioetica. Il concetto di morte è definito dalla perdita totale irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale.

La morte può essere accertata attraverso criteri anatomici, clinici, biologici, cardiaci e neurologici

Per quanto riguarda i criteri anatomici, clinici, biologici e cardiaci il Comitato rinvia ai criteri comunemente accettati codificati e ritiene valido quanto è contenuto nel *Regolamento di polizia Mortuaria* (recentemente modificato con D.M., 10 settembre 1990).

Per quanto riguarda i criteri neurologici, il CNB ritiene accettabile solo quello che fa riferimento alla cosiddetta **morte cerebrale**, intesa come “danno cerebrale organico, irreversibile, irreparabile, sviluppatosi acutamente, che ha provocato uno stato di coma irreversibile, dove il supporto artificiale è avvenuto in un tempo a prevenire o a trattare l'arresto cardiaco anossico”.

Inoltre il CNB correda le sue conclusioni con un auspicio: che il legislatore sviluppi in termini normativi i criteri presentati dall'avanzamento della medicina, attraverso parametri strumentali, per l'accertamento della morte a tutti i fini giuridici⁷.

3.2 Tentativi di regolamentazione.

3.2.1 PROPOSTE DI LEGGE

I. Proposta n.2405, 19 dicembre 1984, On. Fortuna e altri (IX° Legislatura), sulla «tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia passiva».

La proposta è stata motivata dall'esigenza di:

- tutelare i medici dal rischio di sanzioni «allorché abbiano rinunciato a prendere misure artificiali per prolungare il processo di morte, in malati la cui agonia è cominciata e la cui vita non può essere salvata allo stato attuale della scienza medica, o quando siano intervenuti con provvedimenti miranti anzitutto a calmare le sofferenze di tali ammalati, ma suscettibili di avere un effetto secondario sul processo di morte»;
- risolvere «la questione delle dichiarazioni rilasciate da persone giuridicamente capaci, che autorizzino i medici a misure per il prolungamento della vita, in particolare in caso di arresto irreversibile delle funzioni cerebrali».
- evitare il cd “accanimento terapeutico” dovuto, secondo l'opinione dei proponenti, più «ad eccessivi scrupoli professionali o familiari o ad una sorta di sfida della morte da parte della medicina» anziché alla volontà dell'infermo.

⁷ dal sito: <http://utenti.fastnet.it/utenti/marinelli/bioetica/eust.html>

Più precisamente, si danno le definizioni di “condizioni terminali” e di “terapia di sostenimento vitale” rispettivamente negli artt.2 e 3; agli artt.4 e 5 si dettano norme di accertamento delle prime e l'interruzione della seconda, infine negli artt.6,7,8 viene disciplinato il procedimento ad opporvisi; tutto ciò premettendo, all'art.1, che “i medici sono dispensati dal sottoporre a terapie di sostenimento vitale qualsiasi persona che versi in condizioni terminali, salvo che la stessa vi abbia comunque personalmente e consapevolmente consentito”.

Una prima critica sostiene che si potrebbe riscontrare una contraddittorietà tra la normativa proposta e i suoi possibili destinatari, proprio perché con essa si andrebbero a disciplinare ipotesi di eutanasia passiva, già rientranti nella liceità. Infatti, l'omissione o la sospensione di cure in ‘soggetti consenzienti’ o in ‘soggetti non consenzienti qualora esse siano per essi dannose o inutili’ non costituisce un comportamento illecito - basti pensare al medico che, di fronte a soggetti ammalati terminali ormai psichicamente compromessi e non più in grado di esprimersi coscientemente, interrompe il trattamento rianimatorio “straordinario” - diversamente, si tratterebbe di ‘accanimento terapeutico’.

Tutte le altre forme non potrebbero neppure essere prese in considerazione nell'ambito di una discussione circa l'opportunità di regolamentazione giuridica, rientrando senz'altro in una condotta omicidiaria volontaria.

Ancora una volta quindi, si sarebbe fatta confusione tra le diverse accezioni di eutanasia.

Una critica, peraltro molto semplicistica e a nostro avviso poco lungimirante, sostiene che le motivazioni addotte dai proponenti non corrisponderebbero ad una reale casistica, non risulterebbero infatti casi di medici inquisiti per comportamenti ‘eutanasici’ e più in generale, non si avvertirebbe nel nostro paese la necessità di una specifica disciplina.

Una accusa che viene sollevata porta allo ‘spettro’ di interessi economici, in un rapporto di costo-beneficio che vede nella sproporzione dei mezzi un criterio limitativo dell'obbligo al mantenimento in vita.

Un'ultima critica da riportare qui, parla di *fictio iuris* in riferimento al modo in cui viene presunto il consenso del paziente all'eutanasia passiva; una presunzione pro morte che violerebbe il principio del *favor vitae* del quale il nostro ordinamento è informato.

II. Proposta 2 luglio 1987.

È interessante esaminare la logica che animava la proposta presentata il 2 luglio 1987 al Parlamento italiano.

In questo progetto si riprendeva quello vecchio presentato alla camera dall'onorevole Fortuna nel dicembre dell'84. Prevedeva condizioni molto più ampie rispetto alle normative commentate sopra.

L'art.1 enuncia un principio capovolto rispetto al *living will*, e più esteso rispetto alla prassi del *do not resuscitate*: infatti viene data al medico una dispensa generale a sottoporre a terapie di sostentamento vitale qualsiasi persona che versi in condizioni terminali, salvo che la stessa non abbia manifestamente e consapevolmente consentito all'applicazione delle terapie stesse.

Ciò equivale in pratica, ad un divieto nell'impiego di tali terapie, salvo il caso in cui non vi sia una chiara opposizione del paziente.

In mancanza, sono legittimati a proporre opposizione i conviventi di età non inferiore a 16 anni, ovvero un ministro del culto a cui appartiene, anche presumibilmente, il paziente infermo.

Nell'art.6 vengono altresì legittimati gli ascendenti e i discendenti in linea diretta ed i parenti collaterali, entro il secondo grado, dell'infermo, che siano in età non inferiore ai 16 anni.

Questa opposizione tuttavia, non ha vigore automatico: deve essere presentata al medico dell'USL o al presidente del tribunale circosanziale entro 12 ore.

Quest'ultimo sentito l'oppositore e un collegio di medici «convalida se del caso» o altrimenti dispone la cessazione delle terapie di sostentamento vitale.

Proprio perché queste terapie vengono equiparate all'accanimento terapeutico in senso generalizzato, le critiche mosse al «congegno oppositivo» richiesto da questa proposta di legge parlano di «macchinosità».

Altre critiche si concentrano invece sul fatto che la «condizione terminale» di cui si parla nella proposta, non equivarrebbe alla condizione preagonica, ma indicherebbe semplicemente «un rapporto tecnologico tra terapia di sostentamento vitale e ritardo dell'*exitus*»⁸.

Contro questa proposta normativa vengono scagliati inoltre da una lato, la mancanza di riferimenti obiettivi al coma irreversibile o ad altri parametri medicalmente rigorosi e dall'altro, la possibilità di abusi, specialmente qualora questa normativa portasse a rendere inefficace il codice penale negli articoli 579 e 580.

Questa proposta è stata abbandonata alla fine della X^o Legislatura.

⁸ da Ciccone, Non uccidere..., pagg107-131

III. Proposta Veronesi e altre.

C'è chi sostiene che l'eutanasia nel nostro Paese sarebbe praticata più di quanto non si voglia ammettere. E che non basterebbero i due articoli del codice penale a fermarla; è implorata dai malati terminali e i medici, infrangendo le regole del loro codice fanno sì che il 4% delle richieste siano esaudite. Ciò è quanto risulta da una stima compilata nel corso di uno studio condotto recentemente dalla *Fondazione Florian*, che ne ha illustrato i risultati proprio in occasione della presentazione alla Camera di 3 disegni di legge sul diritto a una morte dignitosa.

L'eutanasia sarebbe dunque una realtà sommersa e nascosta ma dolorosamente estesa. Mentre qualcuno ha invece sostenuto che in Italia una legislazione sull'eutanasia sarebbe superflua dal momento che nessuno la chiede.

Lo stesso Veronesi, attuale Ministro della sanità, sembra essere conscio del problema e sapendo che le leggi attuali non trattano l'eutanasia, quando dice: «Come medico ho il compito di prolungare al massimo la vita e come cittadino rilevo che il problema esiste e che di fatto si realizza nella vita quotidiana nelle cure per i malati terminali, tanto vale parlarne e non farne un tabù».

E' a questo proposito che Veronesi ha presentato una proposta di legge chiedendo la possibilità di liberalizzare i farmaci antidolore a base di oppiacei.

Veronesi ha come obiettivo rendere disponibile la morfina e gli altri farmaci contro il dolore anche a casa dei pazienti, con prescrizioni semplici.

Fino ad ora in Italia le posizioni filosofiche e teologiche hanno fuorviato la soluzione, in quanto in passato hanno visto il dolore come necessario per accedere al benessere eterno.

Ecco dunque che il *Prof. Veronesi* solleva un altro problema, seppur contingente alla questione dell'eutanasia, quello delle cure palliative.

3.2.2 BOZZE PER PROGETTI DI LEGGE

Alleghiamo adesso alcuni modelli di "proposte normative" che hanno come intento la legalizzazione dell'eutanasia, e che ci sono sembrate interessanti al fine di analizzarne le basi giuridiche su cui si muovono, i punti di forza e i punti deboli.

Queste, anche se abbastanza tecniche nel loro linguaggio, sono talvolta ingenuamente utopiche, perché sembra quasi che affrontino il problema, senza rendersi conto della vera entità di ciò che vanno a proporre, e delle problematiche che verrebbero sollevate.

Altre volte invece colgono aspetti interessanti.

I. Disposizioni a garanzia della libertà di scelta in materia di interruzione volontaria della propria sopravvivenza (bozza di documento)⁹.

art.1

E' diritto fondamentale di ogni individuo scegliere, senza costrizione alcuna e determinare, tramite disposizione di volontà, in caso di patologia grave, dolorosa ed irreversibile, le modalità della fine della propria esistenza, affinché avvenga senza sofferenze.

E' diritto di ognuno, inoltre, vincolare al proprio consenso informato i servizi e le strutture sanitarie riguardo qualsiasi atto diagnostico e terapeutico.

art.2

Per dichiarazione di volontà si intende quell'atto formale di autodeterminazione (cosiddetto "testamento biologico"), firmato dall'interessato nella pienezza delle sue facoltà di intendere e di volere, con cui l'individuo stesso detta le sue volontà riguardo alla fine della propria esistenza.

art.3

Per il principio di autodeterminazione dell'individuo, ogni persona giuridicamente capace ha il diritto di essere informata, in modo completo e comprensibile, riguardo diagnosi, prognosi, benefici e rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche suggerite, prospettive terapeutiche alternative, nonché il diritto di esprimere il proprio consenso o rifiuto in relazione alle soluzioni prospettate.

art.4

La dichiarazione di volontà di cui all'art.2, diviene vincolante e rimane valida anche nel caso in cui il firmatario abbia perso la propria capacità di intendere e di volere.

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

La dichiarazione di volontà è comunque revocabile in qualsiasi momento.

art.5

La dichiarazione di volontà deve essere resa con atto pubblico.

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

art.6

Qualora una persona 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.

⁹ dal sito www.exit-italia.it

art.7

Colui o coloro che attueranno le disposizioni stabilite nella dichiarazione di volontà non sono penalmente perseguibili. Pertanto l'art.50c.p. è così integrato: “*Altresì non è punibile chi procura la morte di una persona che ha sottoscritto la dichiarazione di volontà*”.

Gli articoli 579c.p. “Omicidio del consenziente” e 580c.p. “Istigazione al suicidio” non si applicano quando la morte sopravviene nei casi previsti dalla presente legge^{nota 1}.

nota 1. L'idea che venga modificato il testo del vigente codice penale sembra seguire, una spinta emotiva e idealistica piuttosto che una concreta possibilità di regolamentazione. La revisione del codice, peraltro auspicata, progettata, discussa, e analizzata già da tempo, e tuttora in piena elaborazione, si è fin dall'inizio dimostrata un'operazione tutt'altro che semplice.

Tuttavia la bozza, proposta dall'associazione EXIT-Italia, è forse la prima in assoluto che in Italia azzarda la mossa parlando di 'eutanasia', e richiedendo specificamente il diritto di poter scegliere come morire.

Come si può vedere la bozza si compone principalmente di quattro capitoli:

1. Relazione introduttiva sulla proposta.
2. Relazione su ciascun articolo di legge.
3. Indicazione degli articoli che dovranno comporre la normativa.
4. Elencazione di tutti gli articoli delle leggi citate o comma o paragrafi che dovranno essere eliminati dopo l'eventuale attuazione di questa bozza, affinché non sia impedita la pratica dell'Eutanasia - sia attiva che passiva - e per poter disporre di tutte le garanzie a tutela del malato e di chi lo aiuterà

L'Associazione vuole precisare che la bozza non mira a coprire *lobbies* da certe responsabilità - rischio peraltro paventato da molti - ma che ha un unico scopo: tutelare la persona malata evitandogli inutili sofferenze e scagionare da qualsiasi responsabilità chi - sia quindi egli, medico o no - la aiuterà a morire: il riferimento è al suicidio assistito.

Ancora una volta, quel che non manca...sono i buoni propositi.

II. Schema di disegno di legge per la legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito¹⁰.

art.1. Non punibilità

1. Non è punibile il medico, regolarmente abilitato, che agevola o provoca la morte di un paziente, alle seguenti condizioni:
 - a. la persona ha chiesto espressamente di morire
 - b. a giudizio di un medico, la persona, al momento della richiesta, era nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali
 - c. a giudizio di due medici regolarmente iscritti all'albo, almeno uno dei quali non deve essere il medico curante del paziente, l'interessato si trovi in una delle seguenti situazioni:
 - stato di malattia terminale
 - stato estremo di sofferenza fisico o mentale^{nota 1}.
2. L'età minima per presentare la richiesta di cui al comma 1 è stabilita in 16 anni, salvo che, a giudizio del medico, la persona che la presenta non possa essere ritenuta giuridicamente capace^{nota 2} a tali fini

nota 1. Questo elenco si potrebbe comparare ai "requirements" fissati dalla giurisprudenza olandese!

nota 2. Ma dove vanno a finire le garanzie?

art.2. Tempi e forma delle richieste

La richiesta di cui all'art.1 può essere verbale o scritta. Nel caso la richiesta si riferisca a eventi futuri, può essere inserita in un documento sottoscritto davanti a un notaio o ad altro pubblico ufficiale.

art.3. Altri soggetti

L'immunità^{nota 3} prevista dall'art.1 si estende^{nota 4} alle altre persone che hanno fornito i mezzi per l'eutanasia o il suicidio assistito e a chiunque abbia collaborato all'intervento sotto la direzione del medico.

nota 3. Ma si può parlare in questo caso davvero di 'immunità'?

nota 4. E se, come dice il testo, si tratta davvero di immunità, essendo l'immunità un provvedimento di carattere eccezionale, come la mettiamo con l'art.14prel.c.p.?

art.4. Libertà di scelta del medico

Nessun medico e nessuna persona che opera alle sue dipendenze può essere obbligato a dare seguito ad una richiesta di cui al primo comma dell'art.1.

¹⁰ dal sito www.liberauscita.it

art.5. Effetti legali

Quando una persona muore a seguito di un atto contemplato all'art.1 della presente legge, ai fini civilistici tale evento è assimilato alla morte per cause naturali e non può essere in nessun caso considerato rottura di rapporti contrattuali o produttivo di conseguenze contrattuali sfavorevoli^{nota 5} per la persona interessata o i suoi familiari o aventi causa.

nota 5. Questo è un aspetto interessante, che molti trascurano: i risvolti 'economici' di una morte 'programmata'.

Cap.3 L'EUTANASIA IN OLANDA

1. L'ORDINAMENTO DELLO STATO OLANDESE

Fare qualche cenno all'organizzazione e alle caratteristiche dell'ordinamento Olandese, rappresenta una premessa necessaria per comprendere ciò che diremo in seguito poiché, a digiuno di quelle che sono le fondamenta di questo Sistema, mai si potranno interpretare nella maniera più corretta possibile, le evoluzioni di una legislazione nel medesimo, peraltro proposte a noi con facili entusiasmi e scarsa precisione, da mezzi di comunicazione più attenti allo scalpore che alla realtà di una notizia.

Ma noi, non tanto per amor di completezza, riportiamo qui interamente il testo, reperito sul sito www.minbuza.nl, che illustra sommariamente l'assetto dello stato Olandese; bensì perché pensiamo che approfondire un problema, sia un ottimo pretesto per analizzarne l'area che lo circonda e quindi, andare oltre.

1.1 La storia dello Stato olandese.

Fondatore della casa reale è Guglielmo d'Orange (1533-1584) che guidò il paese nella lotta per l'indipendenza contro Filippo II di Spagna durante la guerra degli Ottant'anni, conclusasi con la pace di Münster. Nel corso del conflitto sette province sovrane si unirono in una confederazione che prese il nome di Repubblica delle Sette Province Unite. Questo modello di assetto statale avrebbe ispirato più tardi coloro che lottavano per l'indipendenza in America.

La Repubblica era governata da rappresentanti delle province che si riunivano negli Stati Generali all'Aia. A loro volta le province avevano una propria assemblea. La carica di stadhouder, governatore, continuò ad esistere anche se nel 1581 era stato revocato il giuramento di fedeltà al re spagnolo, di cui lo stadhouder era il rappresentante, divenendo un ufficio al servizio degli Stati Generali. La maggior parte delle province scelsero principi della stirpe Orange-Nassau per questa carica che nel 1747 divenne ereditaria.

Nella seconda metà del XVIII secolo i rappresentanti del patriziato olandese al potere, discendenti in gran parte da famiglie di mercanti, cresciuti nello spirito dell'Illuminismo, si impegnarono a riorganizzare l'amministrazione statale. Si attribuirono il nome di Patriotten e negli anni successivi alla rivoluzione francese fondarono la Repubblica Batava, con l'appoggio degli occupanti francesi. Napoleone trasformò la Repubblica nel Regno d'Olanda e mise il fratello Luigi Napoleone sul trono. Durante il suo regno Amsterdam fu proclamata capitale. Alcuni anni dopo il Regno d'Olanda venne incorporato nell'impero francese.

Nel 1813 Guglielmo Federico, figlio dell'ultimo stadhouder, tornò dall'Inghilterra. Il governo si trasferì nuovamente all'Aia, ma Amsterdam rimase ufficialmente la capitale. Il paese continuò ad essere uno stato unitario e non si tornò alla forma di governo con le province indipendenti. Quando nel 1815 i Paesi Bassi Settentrionali e Meridionali si unirono formando il regno dei Paesi Bassi, Guglielmo Federico fu nominato re ed il titolo di monarca divenne ereditario: alla morte di un sovrano o in caso di abdicazione, il trono passa al primogenito o alla primogenita. Con la scissione delle Province Meridionali - il Belgio - che ebbe luogo nel 1830, i Paesi Bassi assunsero la loro attuale configurazione.

La revisione della Costituzione, avvenuta nel 1848 sotto la guida dello statista Thorbecke, causò mutazioni profonde nell'assetto dello Stato. Il ruolo del sovrano divenne formale mentre ai ministri venne data la responsabilità del governo. Da quel momento si può parlare di monarchia costituzionale. Inoltre vennero introdotte elezioni dirette per la Seconda Camera (camera dei deputati) del Parlamento: si trattava di un diritto di voto basato sul censo, di cui godevano soltanto i cittadini di sesso maschile che pagavano una determinata somma in imposte. Da quell'epoca i membri della Prima Camera (senato) sono votati dagli Stati Provinciali - l'amministrazione delle undici province - che a loro volta erano eletti con suffragio diretto basato sul censo. Soltanto nel 1919 uomini e donne ottennero il diritto di votare e di presentarsi come candidati.

Dal 30 aprile 1980 la regina Beatrice è Capo di Stato del Regno dei Paesi Bassi.

TABELLA A.
Capi di Stato dei Paesi Bassi dal 1813

(1813) 1815-1840	Guglielmo I
1840-1849	Guglielmo II
1849-1890	Guglielmo III
1890-1898	Reggente Emma
1898-1948	Guglielmina
1948-1980	Giuliana
1980-oggi	Beatrice

1.2 Lo Statuto

Lo Statuto del Regno dei Paesi Bassi risale al 1954 ed è il supremo atto giuridico che esprime i principi fondamentali dell'organizzazione dello Stato. Dal 1986 lo Statuto sancisce che i Paesi Bassi, le Antille Olandesi ed Aruba sono partner con parità di diritti e doveri dell'unione che costituisce il Regno dei Paesi Bassi.

Il Regno può essere considerato quindi come una forma di federazione. Si parla di legislazione del Regno soltanto quando una norma ha validità sia nel territorio dei Paesi Bassi - la regione europea del Regno - che nelle Antille e ad Aruba.

Le funzioni che competono al Regno sono il mantenimento dell'indipendenza, la difesa ed i rapporti con l'estero, oltre all'esercizio del controllo della cittadinanza olandese e delle norme che regolano l'ammissione, l'espulsione e l'estradizione di persone. Soltanto quando un trattato coinvolge uno dei paesi del Regno, esso viene chiamato direttamente in causa per contribuire alla sua realizzazione. Ad ogni paese spetta la decisione in merito al suo coinvolgimento o meno nella stesura di un trattato.

Il sovrano olandese è Capo del Regno e di ciascuna delle tre parti che lo costituiscono. Le Antille Olandesi (Bonaire, Curaçao, Saba, Sint Eustatius e Sint Maarten) e Aruba hanno entrambe un Governatore che rappresenta il re.

Il Consiglio dei Ministri dei Paesi Bassi funge da Consiglio dei Ministri del Regno, affiancato dai ministri mandatari dei territori d'oltreoceano.

L'ordinamento giuridico del Regno nasce dalla collaborazione tra il Governo e gli Stati Generali. Il Consiglio di Stato e la Corte di Cassazione sono i due altri organi del Regno.

Lo Statuto sancisce che l'ordinamento dello Stato dei Paesi Bassi venga regolato dalla Costituzione, quello delle Antille Olandesi dall'atto costituzionale (*Staatsregeling*) per le Antille Olandesi e quello di Aruba dall'atto costituzionale per Aruba. Come è già stato detto, questo testo tratterà esclusivamente dell'organizzazione dello Stato nei Paesi Bassi.

1.3 La Costituzione

La Costituzione è il fondamento dell'ordinamento giuridico olandese. Non vi viene specificata l'origine del potere né vi vengono esposti principi di natura immutabile, ma essa contiene implicitamente una serie di concetti guida:

1. la monarchia
2. la democrazia rappresentativa
3. lo stato di diritto, e
4. lo stato unitario decentralizzato.

In base a questi principi verrà esaminato l'ordinamento statale nei Paesi Bassi.

1.4 La monarchia come forma di governo

1.4.1 Il Governo

Il Governo è costituito dal re (nella Costituzione si intende il re o la regina) ed i ministri. Tale nozione del concetto di governo, di cui il Capo di Stato è parte, non è usuale in molte altre monarchie dell'Europa occidentale, dove il Governo è formato esclusivamente dai ministri. La profonda revisione della Costituzione avvenuta nel 1848 ha fatto dei Paesi Bassi una monarchia costituzionale a regime parlamentare. Monarchia costituzionale significa che il potere del sovrano,

salito al trono in base al diritto ereditario, viene regolato dalla Costituzione. La Carta costituzionale determina inoltre la ripartizione delle competenze governative tra il sovrano e gli altri organi dello Stato. I ministri rispondono dell'operato del Governo davanti ai rappresentanti del popolo mentre il re non ha alcuna responsabilità politica né può esserne chiamato a rispondere dal Parlamento.

1.4.2 Il Capo dello Stato

Tra i numerosi uffici del sovrano vi è anche la lettura del Discorso della Corona (*Troonrede*) che ha luogo ogni anno il terzo martedì di settembre (*Prinsjesdag*), in occasione dell'inaugurazione del nuovo anno parlamentare. Nel Discorso viene esposto il programma del Governo per l'anno a venire.

Il re ha una parte importante anche nella formazione del Governo. Dopo le elezioni, il Capo dello Stato consulta i capi dei gruppi parlamentari, i presidenti della Prima e della Seconda Camera del Parlamento ed il vicepresidente del Consiglio di Stato ed in base al loro consiglio nomina un soggetto, *informateur*, che ha l'incarico di appurare quali partiti siano disposti a formare una coalizione; infatti nessun partito ha mai ottenuto alle elezioni la maggioranza. La nomina di un *informateur* non è necessaria quando è già chiaro quali forze politiche intendano allearsi per governare. Dalle trattative tra i partiti nasce l'accordo di governo, in cui è esposto il programma per il periodo di quattro anni in cui il Governo rimane in carica. Il sovrano conferisce quindi ad una persona l'incarico di formare il governo; l'incaricato generalmente verrà a ricoprire la carica di Primo Ministro nel nuovo governo. Dopo la loro prima riunione, i nuovi ministri prestano giuramento davanti al re. Essi vengono nominati per Regio Decreto; di fatto decidono della propria nomina. La loro decisione viene controfirmata dal re e dal Primo Ministro, che appone la sua firma a nome dei ministri.

Oltre a questi compiti formali, il Capo dello Stato si consulta di frequente con il *Premier*, altri membri del governo ed eminenti rappresentanti della vita economica e culturale.

1.4.3 Il Consiglio dei Ministri

Tutti i ministri formano insieme il Consiglio dei Ministri, che è presieduto dal Primo Ministro. Ai ministri compete l'attuazione dei compiti del Governo, tra i quali l'amministrazione ordinaria, la preparazione delle leggi, la loro applicazione, il controllo dell'operato di province e comuni, nonché le relazioni con l'estero. In totale ci sono 15 ministri, ciascuno responsabile dei seguenti settori:

- Affari Generali (*Algemene Zaken*)
- Affari Interni e Rapporti nel Regno (*Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*)
- Politiche per le Metropoli e l'Integrazione (*Grote Steden- en Integratiebeleid*)
- Affari Esteri (*Buitenlandse Zaken*) e Cooperazione per lo Sviluppo (*Ontwikkelingssamenwerking*)

- Difesa (*Defensie*)
- Affari Economici (*Economische Zaken*)
- Finanze (*Financiën*)
- Giustizia (*Justitie*)
- Agricoltura, Gestione della Natura e Pesca (*Landbouw, Natuurbeheer en Visserij*)
- Istruzione, Cultura e Scienze (*Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen*)
- Affari Sociali e Impiego (*Sociale Zaken en Werkgelegenheid*)
- Trasporti, Lavori pubblici e Gestione delle Acque (*Verkeer en Waterstaat*)
- Sanità, Benessere e Sport (*Volksgezondheid, Welzijn en Sport*)
- Edilizia popolare, Pianificazione territoriale, rurale e urbana e Ambiente (*Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu*).

I ministri della Cooperazione per lo Sviluppo e delle Politiche per le Metropoli e l'Integrazione non hanno portafoglio, il che significa che non sono a capo di un dicastero. Il primo è infatti legato al Ministero degli Affari Esteri ed il secondo al Ministero degli Affari Interni e dei Rapporti nel Regno.

I ministri sono affiancati dai sottosegretari di Stato che svolgono parte dei compiti ministeriali, ma non siedono nel Consiglio dei ministri. Ministri e sottosegretari di Stato costituiscono insieme il gabinetto. Infine, allo scopo di evitare qualsiasi possibile malinteso, aggiungiamo che il titolo di Ministro di Stato non è un ufficio ma un'onorificenza che la Regina assegna in casi eccezionali principalmente a ex ministri.

Oltre ai tre supremi organi collegiali dello Stato, il cui ordinamento è determinato dalla Costituzione stessa e che verranno esaminati in seguito, il Governo può rivolgersi a numerosi altri organi consultivi. Il più noto tra essi è il Consiglio Sociale ed Economico (SER) dove ha luogo in forma istituzionalizzata la consultazione tra Governo, datori di lavoro e lavoratori dipendenti. Al SER compete anche il controllo delle PBO, le organizzazioni di datori di lavoro e dipendenti delle aziende dotate di facoltà normative e amministrative (*productschappen*, organizzazioni interprofessionali per prodotto e *bedrijfschappen*, organizzazioni di settore) e l'applicazione di alcune leggi [ad es. la legge sui consigli d'azienda].

1.4.4 Supremi organi collegiali dello Stato

Il Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato (*Raad van State*, il più antico organo di Stato dei Paesi Bassi, istituito da Carlo V nel 1531) è il supremo collegio consultivo. Il Governo ha l'obbligo di consultare il Consiglio per ogni proposta di legge o provvedimento amministrativo e quando sottopone al Parlamento un trattato per la ratifica. Il Consiglio di Stato ha anche facoltà di presentare di propria iniziativa

proposte che riguardano la legislazione e l'amministrazione. Il Governo non è comunque tenuto a seguire le indicazioni del Consiglio di Stato. La struttura di questo organo consultivo è costituita da singole sezioni, che fanno riferimento ad un dicastero. Il Capo dello Stato è in forza della sua funzione anche Presidente del Consiglio di Stato, che è inoltre composto da un vicepresidente e da un numero massimo di altri 28 consiglieri, nominati a vita e scelti tra persone che si sono distinte per meriti straordinari. Essi vengono esonerati dalle loro funzioni quando hanno raggiunto l'età di 70 anni. L'amministrazione ordinaria dell'organo è affidata al vicepresidente. L'erede al trono ha un seggio nel Consiglio dal diciottesimo anno d'età. Quando alla morte del sovrano non vi sia un successore o un reggente, il Consiglio di Stato esercita la regia potestà per tutto il tempo necessario. Il Consiglio è anche il massimo organo giurisdizionale per la giustizia amministrativa (si veda la sezione dedicata all'amministrazione della giustizia).

La Corte dei Conti

La Corte dei Conti (*Algemene Rekenkamer*) esercita una funzione di controllo sulla gestione finanziaria delle risorse economiche dello Stato. Si tratta di controllo successivo sulle entrate e sulle spese del Governo, dei ministeri, delle imprese parastatali e degli enti in cui lo Stato ha una partecipazione finanziaria. (Il controllo di province, comuni e *waterschappen* - organi responsabili della gestione del patrimonio idrico - non è quindi competenza della Corte). I criteri su cui l'azione di controllo si basa sono la legittimità e l'efficacia della politica finanziaria seguita. La Corte dei Conti è composta da tre membri ed è presieduta da uno di loro, nominato dal Governo. I membri sono incaricati a vita. La relazione annuale della Corte dei Conti viene presentata al Governo ed al Parlamento e quindi pubblicata.

1.4.5 Ombudsman, il difensore civico nazionale

L'ufficio di *Ombudsman*, difensore civico, è stato istituito nel 1982, poiché si avvertiva la necessità di creare un organo indipendente che si affiancasse ai procedimenti giudiziari già esistenti e svolgesse indagini sul comportamento delle autorità nei confronti del cittadino. Chiunque può rivolgersi *all'Ombudsman* e richiedere che esso indaghi sull'operato di un determinato organo pubblico. Per sua parte, *l'Ombudsman* può avviare autonomamente un'indagine. Prima di presentare la sua relazione, egli è tenuto a rendere noti i risultati della sua indagine alle parti in causa, che in quel momento avranno facoltà di replicare. Dopo ciò, *l'Ombudsman* pubblica le sue conclusioni definitive, esprimendo il suo giudizio sulla correttezza dell'operato della pubblica amministrazione. A tale relazione può venire anche aggiunto un suggerimento. Il difensore civico è nominato dalla Seconda Camera per un periodo di sei anni, egli opera in assoluta autonomia e presenta le sue relazioni alla Camera.

1.5 La democrazia rappresentativa

1.5.1 Il Parlamento

Ciascun cittadino olandese maggiorenne gode del diritto di votare per l'elezione diretta della Seconda Camera e di presentarsi come candidato per il Parlamento. Il Parlamento, gli "Stati Generali", è un organo bicamerale: la Prima Camera (senato) conta 75 membri eletti indirettamente dai membri degli Stati Provinciali. La Seconda Camera (camera dei deputati) è composta da 150 membri. Tutta l'attività legislativa nei Paesi Bassi viene svolta (anche) dai rappresentanti del popolo. Il Parlamento detiene infatti il potere legislativo assieme al sovrano ed ai ministri. La Costituzione stabilisce che ogni quattro anni vengano indette elezioni per la Prima e la Seconda Camera. I dibattiti e le deliberazioni nelle Camere possono avvenire soltanto se è presente più della metà dei membri.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti.

Il primato della rappresentanza popolare è dimostrato sia dall'assenza di una Corte Costituzionale che possa esercitare il controllo della costituzionalità delle leggi, che dal fatto che il potere esecutivo deve ottenere la fiducia dal Parlamento. Il Governo ha il potere esecutivo, ma deve rispondere del proprio operato al Parlamento. Per poter governare, i ministri devono quindi avere la fiducia del Parlamento. Dopo la formazione del gabinetto, il Primo Ministro presenta alla Seconda Camera il programma di governo e la Camera lo vota. Se il Governo ottiene la fiducia può iniziare la sua attività. I ministri godono della fiducia fino a quando il Parlamento non presenta una mozione di sfiducia. Il Governo, per sua parte, ha facoltà, in caso di conflitto, di sciogliere il Parlamento, indire nuove elezioni e tentare di ottenere la fiducia dal nuovo Parlamento.

La Prima e la Seconda Camera possono esercitare il controllo sul potere esecutivo avvalendosi di quattro strumenti:

- il diritto di bilancio, che consiste nel diritto di stabilire il bilancio di tutte le entrate e le uscite dello Stato presentato dal Governo. Ogni anno il Governo sottopone al Parlamento il terzo martedì di settembre (*Prinsjesdag*) il bilancio dello Stato per l'anno successivo in forma di proposta di legge, in cui ciascun capitolo viene suddiviso in due leggi (una per le uscite e l'altra per le risorse che verranno utilizzate per coprire le spese);
- *The right of interpellation: a member of parliament wishing to raise a point that is not on the day's order of business with a minister is required to seek the Lower House's permission, indicating the subject he wishes to address. In practice, requests for interpellation are very rarely denied.*
- il diritto d'interpellanza: un membro del Parlamento che voglia dibattere con un ministro un argomento non incluso nell'ordine del giorno deve richiedere il permesso alla Camera indicando, per sommi capi, su che cosa verterà la discussione. La domanda di interpellanza non viene pressoché mai rifiutata.

· il diritto d'inchiesta: Il Parlamento può svolgere un'inchiesta su una determinata questione indipendentemente dal Governo, dandone l'incarico ad una commissione parlamentare. Tale commissione ha facoltà di interrogare soggetti che hanno l'obbligo di comparire davanti ad essa e di rilasciare le loro dichiarazioni sotto giuramento. Soltanto i ministri sono esentati da tale obbligo.

Inoltre le Camere possono determinare, tramite l'accoglimento di mozioni, quanto ritengono opportuno, senza che ne venga fatta direttamente richiesta. Una mozione deve essere sostenuta da almeno cinque parlamentari per poter essere messa ai voti. I ministri non sono tenuti ad applicare una mozione accolta. Una mozione di sfiducia costringe però il gabinetto a dimettersi.

Oltre a questi strumenti di controllo, la Seconda Camera gode di altri due diritti aggiuntivi:

1. il diritto di emendamento, che le consente di apportare modifiche alle proposte di legge. (La Seconda Camera può avvalersi di questo diritto, ad esempio, durante il dibattito sulle proposte per il bilancio ed in tal modo modificarne le voci, sopprimerle o aggiungerne delle altre.) Il ministro in questione ha facoltà di accogliere l'emendamento o dichiararlo inammissibile; la Camera, a sua volta, può dichiararsi d'accordo con il ministro o esprimere il suo disaccordo presentando una mozione di sfiducia;

2. il diritto d'iniziativa, che consente ad uno o più parlamentari di presentare una proposta di legge.

I membri degli Stati Generali godono dell'immunità parlamentare, il che significa che non vengono perseguiti per le dichiarazioni fatte alla Camera o in sede di riunioni di commissione o per quanto hanno presentato alla Camera in forma scritta.

Il Parlamento olandese è composto da:

- Senato** detto anche → *Prima Camera*
- Camera dei deputati** detta anche → *Seconda Camera*
- *Lower House (Camera Bassa)*

Procedimento di formazione delle leggi¹

· Il ministro responsabile consulta i colleghi nel Consiglio dei Ministri riguardo alla sua proposta di legge.

· Se il Consiglio dei Ministri approva la proposta di legge, questa viene inoltrata al Consiglio di Stato dopo che la Regina ne ha preso conoscenza.

· Corredata di una Memoria Esplicativa del ministro interessato la proposta di legge passa poi alla Seconda Camera.

· La Commissione Parlamentare Permanente interessata redige una Relazione Provvisoria, a cui il ministro reagisce con una Memoria di Replica.

¹ Vedi *supra* **schema** pag.72

- La Commissione Parlamentare stende la relazione finale. Successivamente l'intera Seconda Camera dibatte sulla proposta, fase in cui ci si può eventualmente avvalere del diritto di emendamento.
- Dopo l'approvazione la proposta passa alla Prima Camera in cui si ripete la medesima procedura. La Prima Camera non può emendare bensì solo approvare o respingere.
- Dopo l'approvazione di entrambe le Camere la proposta di legge viene sottoscritta dalla Regina e dal/dai ministro/i interessato/i e quindi pubblicata nella Gazzetta Ufficiale. La nuova legge entra in vigore il ventesimo giorno dopo la pubblicazione, a meno che la legge stessa non indichi un'altra data.
- Di solito le leggi disciplinano solo gli elementi essenziali, venendo in genere ulteriormente elaborate dal Governo nelle Misure Generali Amministrative. Con i Regi Decreti il Governo può regolamentare le questioni più specifiche.

1.5.2 I partiti politici

Il gran numero di partiti esistenti nei Paesi Bassi deriva anche dalla bassa percentuale della clausola di sbarramento contemplata dal sistema elettorale proporzionale. Durante le ultime elezioni nove partiti hanno ottenuto uno o più seggi nella Seconda Camera. Attualmente nel paese ci sono tre grandi partiti: il Partito del lavoro (PvdA), l'Appello Democristiano (CDA) e il Partito Popolare per la Libertà e la Democrazia (VVD).

Il PvdA, costituito nel 1946, affonda le proprie radici nel movimento sindacale olandese ed aspira ad essere un partito socialdemocratico, con aderenti e simpatizzanti in ogni strato sociale. La laicizzazione della società avvenuta negli anni sessanta ha spinto tre partiti democristiani a collaborare formando un unico partito con il nome di Appello Democristiano (CDA). L'ideologia del partito si fonda su concetti religiosi. La corrente liberale guidata da *J.R. Thorbecke* fu all'origine della revisione della Costituzione del 1848. I liberali hanno fondato nel 1948 il VVD.

In Parlamento siedono anche i rappresentanti di alcuni piccoli partiti, come il partito d'ispirazione liberale D66 (Democratici 66), i Verdi di sinistra (*Groen Links*), i partiti protestanti ortodossi quali il Partito Politico Riformato (SGP), la Lega Politica Riformata (GPV) e la Federazione Politica per la Riforma (RPF) che rappresentano tutti e tre la fetta protestante ortodossa della popolazione, ed infine il Partito Socialista (SP) che si colloca all'estrema sinistra.

Il finanziamento dei partiti politici

I partiti devono provvedere da sé al proprio finanziamento; le loro entrate sono costituite principalmente dai contributi versati dai loro membri. In misura limitata i partiti ricevono doni dalle imprese, ma sono tenuti a renderli pubblici. I parlamentari non possono accettare il supporto

finanziario di terzi. Una proposta di legge relativa alla concessione di sussidi ai partiti è all'esame nella Seconda Camera. Attualmente si possono richiedere sussidi per:

- comitati scientifici che pubblicano riviste scientifiche e organizzano congressi;
- istituti per l'istruzione e la formazione, ad esempio istituti d'istruzione e formazione presso partiti della stessa corrente politica nell'Europa centrale e dell'Est;
- organizzazioni politiche giovanili.

1.6 Lo Stato di diritto

Dalla Costituzione olandese si possono attingere tutti i principi fondamentali sui quali si basa la concezione dello Stato di diritto. Una condizione essenziale dello Stato di diritto è il principio della legalità che mira ad impedire che le autorità possano agire indiscriminatamente. Questo principio impone che ogni atto della pubblica amministrazione sia fondato su una norma generale, legale e sia conforme nel contenuto e nelle procedure a detta norma. A ciò si aggiunge la necessità che le prescrizioni (che vengono a gravare sui sudditi) non abbiano valore retroattivo.

Un altro pilastro su cui si fonda lo Stato di diritto sono i diritti fondamentali, che hanno una parte importante nella Costituzione dei Paesi Bassi. Nell'articolo 1 si legge: "Tutti coloro che si trovano nei Paesi Bassi riceveranno uguale trattamento in uguali situazioni. Non è tollerata la discriminazione in base alla religione, alle convinzioni di vita, alle opinioni politiche, alla razza, al sesso o a qualsiasi altro motivo". Il primo capitolo della Costituzione è interamente dedicato a queste libertà fondamentali: le libertà "classiche" riguardano il divieto posto agli organi dello Stato di interferire in determinate sfere della vita privata dei cittadini, le libertà "sociali" determinano invece i doveri delle autorità.

Lo Stato di diritto è contraddistinto dal principio della separazione dei poteri. Nei Paesi Bassi questo concetto fu introdotto con la revisione della Costituzione avvenuta nel 1848. L'indipendenza del potere giudiziario ne è una parte importante.

1.6.1 L'amministrazione della giustizia

L'amministrazione della giustizia nei Paesi Bassi è affidata per le cause civili e penali a 61 preture, 19 tribunali circondariali, 5 corti d'appello e alla Corte di Cassazione (*Hoge Raad der Nederlanden*). Un caso viene prima trattato in pretura o in tribunale e soltanto in un secondo momento entrambe le parti in causa possono decidere di ricorrere in appello presso, rispettivamente, un tribunale circondariale o una corte d'appello. La giurisdizione di ciascuna corte d'appello comprende un certo numero di tribunali che a loro volta sono sovraordinati ad un determinato numero di preture. Tutti i collegi giudiziali sono costituiti da giudici che, per salvaguardare la loro autonomia, ricevono l'incarico a vita e all'età di 70 anni vengono esonerati dall'ufficio.

La Corte di Cassazione

La Corte di Cassazione (*Hoge Raad*) è il supremo organo giudiziario dei Paesi Bassi per il diritto civile e penale. La corte è composta da un presidente, sei vicepresidenti e 25 consiglieri. Essa ha facoltà di annullare le sentenze pronunciate dai giudici di grado inferiore, dopo aver preso in esame se la legge sia stata correttamente applicata; non svolge quindi alcuna nuova indagine volta ad accertare i fatti. Il compito principale della Corte di Cassazione è garantire l'uniformità dell'applicazione del diritto. Essa ha inoltre facoltà di pronunciarsi in cause che sono state trattate dagli organi giudiziari delle Antille Olandesi e di Aruba. La giurisprudenza della Corte è un'importante fonte del diritto nei Paesi Bassi. Essa non può però agire come Corte Costituzionale perché non ha potere di dichiarare nulla una legge qualora essa fosse in conflitto con la Costituzione olandese.

Il diritto internazionale

La Corte di Cassazione può, come tutti gli altri organi giudiziari, non applicare una legge che sia in conflitto con quanto stabilito in un trattato. Il grado primario delle disposizioni di diritto internazionale, il cui contenuto è vincolante per ciascun cittadino, era già stato stabilito nella Costituzione nel 1953. Nella revisione della Costituzione, avvenuta tre anni più tardi, è stato aggiunto il principio che le clausole di un trattato vincolanti per ciascun cittadino hanno validità nell'ordinamento giuridico olandese direttamente, quindi senza la mediazione del legislatore nazionale. I Paesi Bassi sono fautori del cosiddetto "monismo", la concezione che l'ordinamento giuridico nazionale ed internazionale formino un unico sistema.

Il diritto amministrativo

Oltre ai tribunali per le cause civili e penali esistono molti altri organi giuridici, ad esempio i vari organismi per la giustizia amministrativa ed il tribunale militare. Per quanto concerne il diritto amministrativo, nei Paesi Bassi vige il seguente sistema per la tutela giuridica contro le autorità pubbliche. L'organo di primo grado preposto a giudicare in controversie amministrative è generalmente la sezione amministrativa del tribunale circondariale. Per quanto riguarda il contenzioso sociale e concernente il pubblico impiego, è possibile rivolgersi in secondo grado al Consiglio Centrale per i Ricorsi Amministrativi. Tutti gli altri casi ricadono sotto la giurisdizione amministrativa del Consiglio di Stato.

L'attuale sistema di ricorso in seconda istanza in cassazione per il contenzioso amministrativo verrà modificato entro pochi anni, quando la riforma del sistema giuridico sarà completata. Alcuni organi specifici del diritto amministrativo, come la corte per i ricorsi per le controversie del settore aziendale, la corte per i ricorsi per controversie in materia di finanziamento degli studi e la

commissione preposta al controllo delle tariffe, rimarranno in vita. La giurisprudenza in materia di diritto fiscale e la giurisprudenza per gli altri casi di diritto amministrativo che ricadono sotto la giurisdizione del tribunale civile o penale è per ora rimasta immutata. Il principio dell'indipendenza del diritto amministrativo è stato attuato dal 1987.

Soltanto in alcuni casi è possibile presentare ricorso in seconda istanza presso la Corte di Cassazione: è infatti possibile impugnare una sentenza della corte d'appello in una causa su un contenzioso fiscale. Se il caso riguarda invece persone che non hanno la cittadinanza olandese, il ricorso per cassazione può essere inoltrato solo nell'interesse della legge.

La Costituzione olandese non prevede l'esistenza di un collegio di giurati né l'imposizione della pena di morte.

1.7 Il decentramento dello stato unitario

I Paesi Bassi hanno tre livelli amministrativi: lo Stato, le province ed i comuni. Lo Stato cura gli affari d'interesse nazionale. Le province ed i comuni sono autorità decentrate. Oltre ad essi esistono i *waterschappen*, organi responsabili della gestione del patrimonio idrico, la cui competenza è esclusivamente funzionale. Innanzitutto esporremo alcune osservazioni sulla legislazione, la struttura e le finanze delle autorità locali, quindi passeremo ad esaminare i compiti e l'amministrazione delle province, dei comuni e dei *waterschappen*.

Sia per le province che per i comuni si distinguono due forme di legislazione ed amministrazione: l'autonomia e la delegazione amministrativa. Le province o i comuni possono emanare ordinanze su materie che li riguardano, quando ciò non sia in conflitto con le leggi vigenti dell'autorità centrale o - nel caso dei comuni - con ordinanze della provincia di cui fanno parte. Con delegazione amministrativa si intende che le province e i comuni hanno l'obbligo di cooperare nell'applicazione delle misure adottate dallo Stato. Per i comuni ciò vale anche per i provvedimenti emanati dalle province nel cui territorio si trovano.

L'organizzazione dell'amministrazione statale sta vivendo un momento di profondo cambiamento. Innanzitutto è in atto un decentramento, che implica il trasferimento dei compiti e delle competenze dello Stato a province e comuni. Il decentramento si pone l'obiettivo di ridurre il divario tra autorità e cittadini e combattere la burocrazia. La legge sui comuni (*Gemeentewet*) rende possibile per i comuni con più di 100.000 abitanti creare circoscrizioni di quartiere, con propri consigli circoscrizionali. Tale decentramento all'interno di un comune è stato attuato finora soltanto ad Amsterdam e Rotterdam. Un'altra tendenza, rilevabile soprattutto nelle aree fortemente urbanizzate, è rappresentata dalla maggiore collaborazione a livello amministrativo locale e dalla nuova ripartizione dei comuni. La collaborazione tra comuni viene migliorata per permettere loro di

affrontare in maniera adeguata problemi che condividono, legati ad esempio al traffico o all'ambiente, e può assumere la forma di amministrazione regionale.

Per coprire le loro spese le province ed i comuni dispongono di due fonti di reddito: entrate proprie e finanziamento dello Stato. Gran parte del denaro che ricevono dallo Stato è dato in forma di versamenti specifici, di cui è già determinata la destinazione. Essi ricevono anche un finanziamento di carattere generale, rispettivamente dal Fondo provinciale e dal Fondo comunale, che in linea di principio sono liberi di destinare a propria discrezione. Le entrate di comuni e province sono spesso pari o inferiori alla somma che ricevono dallo Stato. I comuni, ad esempio, traggono le proprie entrate dalle imposte sui beni immobili, l'imposta di bollo e i prelievi fiscali. Essi hanno anche facoltà di imporre tasse, ad es. il contributo che il settore turistico deve versare e la tassa sui cani.

1.7.1 Le province

I Paesi Bassi sono suddivisi in dodici province, competenti in materia di gestione dell'ambiente, pianificazione territoriale, rurale e urbana, risorse energetiche, assistenza sociale, sport e cultura.

L'amministrazione della provincia è costituita dagli Stati Provinciali, dal collegio degli Stati Deputati e dal Commissario della Regina. I membri degli Stati Provinciali vengono eletti direttamente dai cittadini olandesi aventi diritto di voto che risiedono in quella determinata provincia. Il loro mandato dura quattro anni. Il numero di rappresentanti dipende dal numero di abitanti della provincia. Gli Stati Provinciali nominano in seno ai loro membri gli Stati Deputati, i funzionari che per quattro anni sono responsabili dell'amministrazione ordinaria della provincia. Il Commissario della Regina, nominato dal Governo per sei anni, presiede gli Stati Deputati e gli Stati Provinciali.

TABELLA B.

Le dodici province dei Paesi Bassi

Provincia	Capoluogo
Groninga	Groninga
Frisia	Leeuwarden
Drenthe	Assen
Overijssel	Zwolle
Gheldria	Arnhem
Utrecht	Utrecht
Olanda Settentrionale	Haarlem
Olanda Meridionale	L'Aja
Zelanda	Middelburg
Brabante Settentrionale	's-Hertogenbosch
Limburgo	Maastricht
Flevoland	Lelystad

1.7.2 I comuni

I Paesi Bassi contano 548 comuni, un numero che nei prossimi anni è destinato a diminuire. Gli organi dello Stato sono infatti impegnati a realizzare un'organizzazione più efficiente, ridistribuendo i comuni in modo tale che i piccoli comuni si fondano o vengano ad essere aggregati a comuni più grandi. Ai comuni spetta la gestione del patrimonio idrico, del traffico, dell'edilizia popolare, dell'istruzione pubblica, della sanità e del benessere pubblico comunale, della cultura, dello sport e delle strutture ricreative.

L'amministrazione comunale è composta dal Consiglio comunale, dalla Giunta comunale - il collegio formato dal sindaco e dagli assessori - e dal sindaco. Essa è sottoposta al controllo dell'amministrazione provinciale e del governo, un controllo che di fatto è esercitato con estremo rispetto dell'autonomia comunale. Il Consiglio comunale viene eletto per quattro anni dagli abitanti del comune aventi diritto di voto. Anche gli stranieri che risiedono legalmente nei Paesi Bassi da almeno cinque anni possono partecipare a queste elezioni.

I soggetti che hanno la nazionalità di uno Stato dell'Unione europea possono votare alle elezioni comunali dal momento in cui sono residenti nei Paesi Bassi.

Il Consiglio comunale designa tra i suoi membri gli assessori. Il numero di membri del Consiglio comunale e di assessori dipende dal numero di abitanti del comune. Il sindaco viene nominato dal Governo su suggerimento del Commissario della Regina per un periodo di sei anni e può essere rinominato.

Il sindaco e gli assessori si occupano dell'amministrazione ordinaria del comune. Il sindaco presiede sia la Giunta che il Consiglio comunale. La Giunta esegue le deliberazioni che riguardano il comune prese dal Governo e dall'amministrazione provinciale.

1.7.3 Waterschappen

Gli organi per la gestione del patrimonio idrico, i *waterschappen*, sono tra le più antiche forme di amministrazione democratica; infatti la storia di alcuni di esse risale al Medioevo. La gestione delle acque è importante in un paese il cui territorio è per più della metà sotto il livello del mare. Come lo Stato, le province ed i comuni, i *waterschappen* sono organi pubblici. In termini generali, si può affermare che a questi organi è affidata la difesa della terra dall'acqua: essi sono responsabili della costruzione e del mantenimento di dighe, argini e chiuse, della regolazione del livello delle acque e del loro scarico e rifornimento, nonché della qualità dell'acqua.

Il direttivo viene eletto sin dall'antichità dai proprietari di immobili e di terreni che si trovano all'interno del *waterschap*. Il Governo nomina i funzionari incaricati dell'amministrazione ordinaria ed il presidente, chiamato *dijkgraaf*, soprintendente alle dighe.

2. LA LEGGE OLANDESE CHE 'DOVREBBE' LEGALIZZARE L'EUTANASIA

2.1 Ma non è una legge 'approvata'!

Quello che è stato definito dagli organi d'informazione "una legge approvata" in realtà è ancora una legge in via di formazione. Come si è potuto vedere nella sezione dedicata all'ordinamento Olandese, un provvedimento, per assumere la qualità di "legge" - con tutto ciò che questo comporta - deve seguire l'iter così come viene stabilito dalla Costituzione².

La *Lower House* - ovvero la Camera dei Deputati - in data 29 novembre 2000 ha approvato a larga maggioranza -104 voti a favore e 40 contrari - una legge volta ad autorizzare e regolare ufficialmente l'eutanasia.

Il progetto è stato presentato dai ministri della sanità e della giustizia; hanno appoggiato la legge i partiti della coalizione di Governo, formata dai social-democratici del premier *Wim Kok*, da liberali e riformisti; l'hanno avversata invece, i cristiano-democratici e altri piccoli gruppi dell'opposizione.

Quindi non si è ancora arrivati in fondo, anche se c'è chi ritiene che l'ostacolo più difficile sia stato ormai superato, dato che nel successivo passaggio al Senato sembra non dovrebbero esserci problemi. Infatti, tenuto conto della quantità di voti con i quali è stata approvata alla Camera, si potrebbe trattare solo di una semplice formalità

L'adozione definitiva è prevista per l'estate.

Il ministro della Giustizia olandese, *Benk Korthals* ha affermato che " in una società adulta, una legge che prende in considerazione 'la volontà meditata di una persona morente di mettere fine ai suoi giorni' deve trovare il suo spazio ".

Il ministro della Sanità, la signora *Els Borst* ha dichiarato che "non si tratta di una licenza d'uccidere, ma di un aiuto disperato a chi è colpito da sofferenze atroci", aggiungendo che "i medici la eseguono nel 90% dei casi ai malati di cancro e in ogni caso, solo ad un terzo dei pazienti che la chiedono".

2.2 Il *punctum dolens* .

Il quotidiano genovese "Il Secolo XIX" del 15 novembre 2000 intitolava così un suo articolo, in merito alla vicenda della ormai famosa - molti direbbero piuttosto, famigerata - legge olandese:

« EUTANASIA, LIBERA SCELTA A 12 ANNI

In Olanda il minore potrà decidere anche contro il parere dei genitori. »

Questo articolo ha evidentemente centrato quello che è stato uno dei cosiddetti 'tasti dolenti' della nuova normativa.

² vedi **schema a)** pag.70

La parte sui minori è stata molto controversa, tanto da richiedere addirittura il parere del Consiglio di Stato olandese.

Il testo originale del disegno di legge prevedeva infatti di permettere anche ai dodicenni di chiedere la 'dolce morte' senza il consenso dei genitori.

Ma il progetto è stato poi abbandonato ed ora, purché abbiano raggiunto i 16 anni di età, potranno richiedere l'applicazione dell'eutanasia, anche i minorenni.

Perciò, se colui che è poco più che un bambino, capisce che per non soffrire ancora può chiedere di morire e avanza la richiesta con convinzione, il medico potrà esaudirlo, senza essere punito, anche in caso di un rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori.

La Corte aveva stabilito in passato, che i minorenni malati incurabili sanno decidere con "discernimento" quando si deve morire per porre fine a sofferenze insopportabili.

Ora, questo senso di responsabilità può secondo il progetto, essere riconosciuto anche ai ragazzi.

In una nota dell'esecutivo olandese si precisa che c'è comunque un presupposto perché ciò si verifichi: "la convinzione del medico che non vi sia più speranza di salvare la vita del piccolo e che quindi le cure appaiano come un crudele accanimento terapeutico".

In effetti questo aspetto della legge impressiona e dovrebbe far riflettere.

2.3 Obiettivo: forse 'legalizzazione'. Prima era 'autorizzazione con rischio di pena'.

La proposta di legge è volta a escludere l'eutanasia dal diritto penale, a determinate severe condizioni di avvedutezza. In tal caso verrà comunque mantenuta la procedura di segnalazione, con inclusione della verifica da parte delle speciali commissioni regionali.

L'abrogazione del divieto penale non implica l'abolizione del controllo esercitato dalle autorità governative, al contrario, la politica dell'eutanasia svolta finora è stata abbinata a un controllo legale più efficace sui medici.

Né l'eutanasia né il suicidio assistito sono stati quindi 'legalizzati' o 'depenalizzati' in Olanda, né prima con gli accordi di procedura né ora con la legge. In due siti³ che si occupano della questione si legge: «*Neither euthanasia nor assisted suicide has been "legalised" or 'decriminalised' in Holland.*

They remain offences, subject to the defence of necessity. However, the way the defence of necessity has been interpreted and applied has led to the open practice of euthanasia in Holland.

Although physicians will not be prosecuted when they have met the substantive requirements published by the Royal Dutch Medical Association. These requirements are abstracted from Dutch

³ Dai siti www.nvve.nl e www.euthanasia.org

court decisions over the last 25 years and are seen as criteria guaranteeing careful and thorough medical acting.»

Infatti, secondo fonti del governo olandese, il disegno di legge altro non fa se non ‘formalizzare’ inserendo nel codice penale, *deroghe mediche* al generale divieto di donare la “dolce morte” o aiutare nel suicidio malati terminali, deroghe peraltro già contenute come vedremo in una circolare.

Infatti, il provvedimento fissa linee guida chiare riguardo alla pratica del ‘suicidio assistito’ che è fenomeno ampiamente diffuso nel paese da oltre 20 anni (2.500 casi solo nel 1999).

L’intento è quello di eliminare così, zone grigie come per esempio la possibilità che i medici, qualora praticino l'eutanasia, vengano incriminati per omicidio.

L’obiettivo primario di tale politica è quello di conseguire il massimo grado di avvedutezza degli interventi medici volti a porre fine alla vita, mediante l’apertura e una verifica uniforme di tali interventi.

2.4 Contenuti della legge.

La nuova legge olandese impone ai medici il rispetto di sette criteri da seguire per attuare l’eutanasia senza essere perseguibili. Tali criteri ricalcano comunque quelli enunciati dalla giurisprudenza e già contenuti, come vedremo, nel regolamento delle Commissioni di verifica sull’eutanasia.

In pratica, la legge comporta che il malato, informato dettagliatamente dal proprio medico - riguardo alle sue condizioni, all’impossibilità di essere curato con successo e alle sofferenze che lo attendono - può assumere una decisione volontaria e meditata (*volontà informata*).

Esime dalla responsabilità penale il medico che decida di porre fine alla vita di un paziente (*esclusione della punibilità*) che sia soggetto a un **dolore insopportabile** ed incessante, poiché affetto da una **malattia incurabile**. Infatti, il medico curante dovrà accertarsi che non vi siano reali alternative preferibili all’eutanasia e prima di applicarla in ogni caso si dovrà consultare con un **un secondo medico**. I casi verranno esaminati da **commissioni speciali** (al momento sono previste cinque commissioni regionali, composte da un giurista, un medico, e un esperto di problemi etici). Solo in caso di **dubbi** entrerà in campo la magistratura. L’eutanasia si dovrà effettuare nella **forma “cl clinicamente più appropriata”**.

Le cinque commissioni regionali di verifica continueranno ad esistere sotto la nuova legge, come già detto, ma il loro ruolo sarà diverso.

Esse continueranno ad accertare comunque se un caso di terminazione della vita su richiesta o di assistenza al suicidio, obbedisca ai “*due care criteria*”; solo quando risulti che il medico non ha

agito secondo i criteri di avvedutezza, il caso sarà riferito al *'Public Prosecution Service'* che ha il potere di istituire un'indagine qualora vi sia il sospetto che sia stato commesso un reato.

Infine la legge prevede espressamente la validità di dichiarazioni scritte contenenti il desiderio di morire, le cd *"euthanasia declarations"*. Il medico, osservando tuttavia gli altri criteri di avvedutezza, potrà agire secondo tale dichiarazione, salvo che abbia buone ragioni per non farlo. Come per esempio, in considerazione dei progressi che la scienza medica ha fatto dal tempo della dichiarazione oppure il fatto che la dichiarazione non sia abbastanza chiara .

Schema a).



3. NEI PAESI BASSI I MEDICI SONO O NO PUNITI PER L'EUTANASIA?

3.1 Il codice.

Secondo il diritto penale olandese togliere la vita ad una persona è un reato, anche se la stessa ne ha fatta esplicita richiesta (art. 293c.p.Ol.⁴).

Il diritto penale olandese prevede tuttavia un fondamento per l'esclusione della punibilità quando una persona commette un reato in una situazione di forza maggiore, viene emessa la sentenza di non luogo a procedere (art.40c.p.Ol.⁵). Quanto detto vale per tutti i delitti.

3.2 La giurisprudenza.

La giurisprudenza olandese ammette che il medico che ponga fine alla vita di un paziente possa essere preso in considerazione, a determinate condizioni, per l'esclusione della punibilità sul fondamento della forza maggiore. In ogni singolo caso si giudica se si tratta di forza maggiore.

Il giudice decide se il medico ha operato in un conflitto di doveri. La giurisprudenza ha stabilito che si tratta di forza maggiore quando il medico può ottemperare al proprio dovere di lenire le sofferenze del paziente unicamente ponendo fine alla vita dello stesso su sua richiesta, purché il medico soddisfi determinati requisiti di avvedutezza. Peraltro, il medico non può rivendicare il diritto al non luogo a procedere semplicemente per essersi attenuto ai criteri di avvedutezza.

3.2.1 I criteri di avvedutezza della giurisprudenza.

I principali criteri di avvedutezza elaborati dalla giurisprudenza sono riportati dall'art.9 *Regolamento Commissioni Regionali di Verifica Eutanasia* del 27 maggio 1998:

«La Commissione Regionale di Verifica delibera che il medico ha operato con avvedutezza se:

- si trattava di una richiesta fatta dal paziente di propria libera volontà, ed essa è stata ben ponderata e durevole;
- si trattava di sofferenze insopportabili - nel giudicare il grado di sofferenza si può valutare il decorso totale della malattia e la durata del processo decisionale - senza prospettive di miglioramento - tutte le alternative di trattamento devono essere discusse a fondo tra il medico e il paziente e fintanto che esiste una reale alternativa di trattamento, non sussiste in senso medico la mancanza di prospettive di miglioramento - per il paziente secondo le conoscenze mediche attuali;
- il medico ha consultato almeno un altro medico indipendente;
- l'estinzione della vita è stata eseguita con avvedutezza dal punto di vista medico»

⁴ vedi allegato VII

⁵ vedi allegato VII

La giurisprudenza indicava come criterio anche che il medico deve dichiarare riguardo all'avvenuta morte che non si tratta di 'morte naturale' ma di eutanasia o suicidio assistito.

Il rapporto di fiducia costituisce un altro importante principio di base della giurisprudenza infatti da questo si può ricavare un ulteriore requisito: il medico che mette in atto l'eutanasia deve essere il medico curante del paziente in questione.

Egli deve conoscere bene il paziente per poter valutare se la richiesta di eutanasia sia stata fatta di sua libera volontà, se tale richiesta sia stata ben ponderata, e se le sue sofferenze siano davvero insopportabili.

A partire dal 1 novembre 1998 l'operato dei medici viene dunque verificato in base a questi criteri, da commissioni regionali.

3.2.2 Promozione di azione giudiziaria.

Qualora venga accertato dal Pubblico Ministero, che i criteri di avvedutezza sono stati soddisfatti quest'ultimo è autorizzato a rinunciare all'azione penale.

Nelle indagini e nel procedimento penale, la linea di condotta olandese mette in atto **il principio dell'opportunità** – che si contrappone al principio della legalità! – e ciò implica che, in base a ragioni di 'interesse pubblico' il PM, può rinunciare a perseguire penalmente un reato.

Se, in base alla legge e alle sentenze precedenti, si prevede che il giudice, sul fondamento dell'appello alla forza maggiore, non infliggerà alcuna pena, non è nell'interesse pubblico avviare un'azione penale.

Quando invece il PM promuove l'azione giudiziaria e il giudice respinge l'appello alla forza maggiore, il medico verrà condannato ai sensi dell'art.293c.p.Ol..

Come è noto invece, il principio di legalità comporta l'obbligo dell'azione penale, cioè qualora si prospettino gli estremi di un reato il PM deve procedere, senza poter scegliere secondo una sua valutazione di opportunità dell'azione penale, nel singolo caso, se procedere o meno.

3.3 La procedura di segnalazione.

La procedura di segnalazione fu realizzata nel 1990.

- ✓ Il medico deve segnalare ogni caso di morte non naturale al necroscopo comunale. In caso di eutanasia o di **aiuto al suicidio** il medico redige una relazione in base all'apposito modello⁶.
- ✓ Il necroscopo stende la propria relazione in cui accerta la morte non naturale del paziente e invia entrambe le relazioni al Procuratore della Regina. Il necroscopo trasmette la relazione del medico anche alle Commissioni Regionali di Verifica Eutanasia.

⁶ vedi **allegato VIII**

- ✓ La Commissione verifica l'operato del medico alla luce dei criteri di avvedutezza e invia il proprio giudizio al Pubblico Ministero - il quale può richiedere che gli siano date ulteriori delucidazioni -, all'ispettore regionale della sanità e al medico stesso. L'ispettore regionale della sanità può, indipendentemente dal PM, sottoporre il caso al Collegio Disciplinare Medico.

I Collegi Disciplinari Medici Regionali sono gli organi designati per legge a esaminare i reclami relativi all'inaccuratezza dell'operato medico o del modo in cui è stato trattato il paziente. Questi sono autorizzati a imporre diversi provvedimenti, che possono variare dal semplice avvertimento alla revoca permanente dell'abilitazione ad esercitare la professione.

- ✓ Se la commissione giudica che il medico ha operato con avvedutezza, il PM rinuncerà in genere a promuovere l'azione giudiziaria, a meno che non vi siano fondate ragioni per farlo. Se la commissione giudica che il medico non ha operato con avvedutezza, il PM consulta il ministro della Giustizia prima di avviare l'azione giudiziaria.

Nel 1993 viene modificata **una legge olandese** sul trattamento dei cadaveri: seguendo un protocollo il medico non può essere legalmente perseguito se procura la morte di un soggetto colpito da un male incurabile, con dolori insopportabili e che richieda esplicitamente e ripetutamente di morire⁷.

Nel 1994 detta procedura venne definita in una Misura Generale Amministrativa.

Di fatto, se non *de jure*, si depenalizza l'eutanasia attiva. Dal 1 giugno 1994 l'**Olanda** e' l'unico paese al mondo nel quale esiste il fondamento giuridico ad effettuare l'eutanasia.

Nel 1998, affinché la verifica da parte del PM fosse preceduta da un'altra svoltasi però al di fuori dell'ambito del diritto penale, sono state costituite cinque Commissioni Regionali di Verifica, i cui membri sono un medico, un giurista e un esperto di etica, nominati congiuntamente dal ministro della Giustizia e dal ministro della Sanità

Sia le disposizioni ministeriali relative alla procedura di segnalazione, che il regolamento per la costituzione delle commissioni regionali si basano sull'articolo 10 della Legge sulla Sepoltura delle Salme

Nei Paesi Bassi verrà costituito un *network* di medici di famiglia e specialisti con una particolare formazione, per rispondere agli interrogativi che i medici devono affrontare quando si trovano a dover prendere decisioni connesse al termine della vita. Il medico curante avrà quindi la possibilità di interpellare uno di questi consulenti.

⁷ dal sito citato ... \marinelli\bioetica...

3.4 Due ipotesi assimilabili alla disciplina dell'eutanasia.

3.4.1 Il suicidio assistito.

L'ipotesi di suicidio assistito si verifica quando il medico procura un farmaco per provocare la morte, che il paziente stesso si somministra.

La differenza tra "aiuto al suicidio" e "eutanasia" è costituita unicamente dal fatto che non è il medico, bensì il paziente stesso a porre fine alla propria vita. In questo caso sarebbe applicabile l'art.294c.p.OF

Per quanto riguarda il medico che eroga l'aiuto al suicidio, può appellarsi alla forza maggiore e si applicano gli stessi criteri di avvedutezza e la medesima procedura di segnalazione; anche il modello per la relazione del medico è lo stesso che si usa per segnalare l'eutanasia.

3.4.2 Le sofferenze psichiche o neonati malformati.

Quando il paziente è affetto da una malattia psichica, e le sue sofferenze non sono provocate primariamente da un'affezione fisica, è difficile giudicare obiettivamente se la richiesta di eutanasia sia ben ponderata e di libera volontà

In questo caso, il medico che ha ricevuto la richiesta di eutanasia è tenuto a consultare due esperti indipendenti, di cui almeno uno sia un medico-psichiatra, i quali devono vedere e parlare personalmente con il paziente.

In proposito, ricordiamo il caso *Chabot*.

Nei neonati si tratta dei casi in cui vengono constatate alla nascita affezioni talmente gravi che il bambino non ha nessuna, o quasi nessuna, probabilità di sopravvivenza.

Nel caso di estinzione della vita senza richiesta L'appello alla forza maggiore da parte del medico non è escluso, ma viene giudicato con estremo riserbo.

In questa situazione infatti, non viene soddisfatto uno dei requisiti definiti nella giurisprudenza sull'eutanasia, quello della richiesta esplicita, reiterata e ben ponderata.

Di regola, il PM avvierà l'azione penale in base agli articoli 287 e 289 del Codice Penale⁸ e sarà il giudice a decidere sull'appello alla forza maggiore.

3.4.3 Somministrazione fisica dell'eutanasia.

Fisicamente, la pratica è rappresentata da due iniezioni ma la linea direttiva che la condotta ufficiale segue, punta piuttosto all'incoraggiamento del suicidio assistito.

⁸ vedi allegato VII

3.5 Cronologia delle decisioni.

Il prof. *S.Vinciguerra* e *Alessandra Ricci Ascoli* riportano, nel saggio dedicato al diritto olandese del testo “Sistema penale in transizione e ruolo del diritto giurisprudenziale” curato da *G.Fiandaca*, alcune tra le maggiori decisioni giurisprudenziali in materia di eutanasia: partendo dal 'abbastanza datato' **caso van Bruinisse**, 1952. Il caso è importante perché sembra essere la prima volta che l'eutanasia viene portata davanti ad un giudice olandese. Il medico viene condannato “a causa del serio carattere del delitto”, per omicidio del consenziente (art.293c.p.Ol.) ad una pena detentiva che però viene condizionalmente sospesa.

La giurisprudenza parla per la prima volta di “requisiti” nel **caso van Haringa**, 1973; qui, il Tribunale respinse la tesi che il medico avesse agito sotto l'impulso di una ‘forza maggiore’ intesa come ‘stato di necessità psichico’.

Il Vinciguerra definisce ‘*leading case*’ il **caso Bijsterbosch**, 1983/1986; in questo caso la suprema corte ha enunciato alcuni importanti principi di diritto:

- Riguardo all'invocato stato di necessità ha escluso che il medico che pratica l'eutanasia possa appellarsi alla forza maggiore psichica, perché un medico deve mantenere la sua lucidità anche davanti a casi pietosi.
- Stato di necessità ricondurrebbe invece, in questa fattispecie, al conflitto di doveri in base al quale il medico avrebbe agito, essendo perciò giustificato e precisamente tra il dovere di combattere la malattia e prolungare la vita del paziente da un lato, e dall'altro il dovere di alleviarne la sofferenza.
- Il porre fine alla vita di una persona è pur sempre ‘togliere la vita’ quindi anche i medici possono incorrere nell'omicidio perché pone in essere una condotta antiggiuridica anche sotto il profilo sostanziale.

Poi vengono riportati ancora il **caso Kesteren**, 1984/1986 - in cui si discusse se vi fosse la cd eccezione medica (*medische exceptie*) come ‘scriminante non codificata’ - e il **caso van der Slegtenhorst**, 1987 - in cui fu superato anche il profilo dell'omessa consultazione -.

Nel **caso Chabot**, 1994, uno psichiatra fu giudicato colpevole, senza tuttavia inflizione di pena, di aiuto al suicidio per aver accolto la richiesta di una paziente affetta unicamente da sofferenze psichiche.

La Corte di Cassazione confermò la sentenza e determinò che, qualora le sofferenze del paziente siano di origine psichica, l'inchiesta del giudice volta ad accertare se si tratta di un caso di forza maggiore deve essere svolta con estrema circospezione.

La pronuncia del Collegio Disciplinare Medico dell'aprile 1995 sul medesimo caso aveva lo stesso tenore della sentenza della Corte di Cassazione: lo psichiatra fu rimproverato per la sua azione.

Nel 1995 due casi relativi a infanti generarono controversie: il **caso Prins**, e il **caso Kadijk**. Il primo riguarda un medico che somministrò un'iniezione letale ad una neonata di tre giorni affetta da *idrocefalia* e *spina bifida*. I genitori, dopo aver appreso le reali condizioni e l'inevitabile sorte della figlioletta, chiesero al medico di praticarle l'eutanasia.

Il tribunale accolse la tesi dello stato di necessità formulando quattro condizioni minime:

- sofferenza insopportabile e senza speranza
- dolore non alleviabile da alcuna cura medica
- azione del medico secondo i criteri di accuratezza
- richiesta seria ed esplicita dei genitori

E proprio quest'ultimo punto diede luogo a perplessità: è eticamente accettabile che la potestà dei genitori si spinga tanto innanzi da decidere della vita dei figli?

Il secondo caso riguarda sempre l'eutanasia praticata dal medico su una neonata di 25 giorni affetta da *Trisomia 13*, un'alterazione che comporta terribili deformazioni fisiche e neurologiche con serio ritardo mentale e motorio, con la probabilità al 90% di non arrivare ad un anno di vita.

In entrambe i casi la corte s'appello ha appoggiato lo stato di necessità, ed entrambe sono stati appellati davanti alla suprema corte.

Altro caso da ricordare è il **caso Postma**, 1971.

In seguito a questa decisione, il KNMG - l'associazione medica reale olandese - pubblicò un annuncio per sostenere il mantenimento dell'art.293, dicendo però che la somministrazione di droghe per alleviare il dolore e il rifiuto o l'interruzione o l'inutile trattamento, potrebbero essere giustificati anche se ne dovesse derivare la morte.

4. CONCLUSIONI

4.1 Il punto

In Olanda il problema che si sta affrontando oggi, va ben oltre il fatto di 'sospendere ogni ulteriore trattamento qualora non abbia più alcun senso', talvolta avviene che sia il paziente stesso a rifiutare il trattamento - il rifiuto può riferirsi non solo a ulteriori cure ma anche all'assunzione artificiale di nutrimento e liquidi - ed il medico ha l'obbligo di rispettare tale rifiuto: in fondo, si lascia così, che la natura faccia il suo corso e tutto ciò rientra nel normale operato medico. Questo vale al pari, per la somministrazione di farmaci antidolorifici anche se questi dovessero avere come effetto collaterale, l'anticipazione della morte.

In Italia invece, la discussione è ancora ferma alla domanda se 'sia giusto o no che il medico obbedisca al paziente che si rifiuti di subire ulteriori terapie', salvo lo sconfinare di queste in accanimento terapeutico; ciò risulta anche dal parere del CNB espresso in merito.⁹

Non solo, ma sembra che, anche nei confronti della somministrazione di cure palliative laddove accelerino la dipartita, non si possa parlare che di debole certezza, infatti c'è chi comunque continua a mettere in dubbio l'eticità, anche di questo: una per tutte, alcuni illustri esponenti della Chiesa cattolica; mentre secondo altri, se la terapia del dolore fosse più utilizzata ci sarebbe una minore richiesta di eutanasia.

Come si può pensare quindi che il nostro Parlamento a breve appoggerà un disegno di legge - anche senza pretendere che sia 'legalizzata' o ancor di più 'depenalizzata', ma semplicemente 'autorizzata' in qualche modo l'eutanasia - quando su questa strada c'è ancora Polifemo da sconfiggere? Basta l'astuzia giuridica?

Noi crediamo tuttavia, che ciò non sia sufficiente.

D'altro canto, in Olanda tutto è partito dai giudici...ancora una volta è stata la giurisprudenza, il mezzo per far capire al legislatore che forse è ora di cambiare qualcosa, perché sono cambiati gli interessi sociali.

Quindi, la giurisprudenza come *input* legislativo: comportamenti formalmente illeciti che vengono però sostanzialmente tollerati, per motivi di coerenza possono a lungo andare, far vacillare la rispettabilità dello Stato e la legittimazione dello 'strumento del diritto penale', per non dire la sua efficacia. Tutti sono soggetti alla legge, anche i giudici, e allora, come mai essi hanno a lungo giudicato non tenendo conto di ciò che il codice penale "consigliava - il termine è provocatorio - loro"?

⁹ da noi riportato a pag.34 (in ordine alle questioni bioetiche relative alla fine della vita) e a pag.22 (in ordine alla critica sulla Relazione *Schwarzenberg*)

Si può dire che il concetto di forza maggiore, per come è stabilito nel codice, sia stato in sostanza l'appiglio dei giudici per non punire i casi di eutanasia.

Per l'ordinamento olandese è giunto probabilmente il momento di trarre qualche conclusione: se i cittadini, rappresentati in Parlamento essendo l'Olanda anch'essa una democrazia rappresentativa, si dimostrano più favorevoli all'agire della giurisprudenza nelle sue sentenze – che di fatto non punisce chi pratica l'eutanasia - piuttosto che a ciò che la legge, in particolare il codice penale, prevede, allora è arrivato il momento di una verifica: occorre prendere in considerazione l'idea di modificare la destinazione della tutela penale - non più il 'bene della vita ad ogni costo' ma il 'diritto di morire con dignità'? - , tenendo presente in primo luogo, quelli che sono gli interessi sociali attuali.

A questo punto è interessante per noi notare come, quello che spontaneamente è stato una nostra constatazione trova illustre conferma in ciò che viene concluso dal professor Vinciguerra nel lavoro citato.

Dapprima «l'influsso della giurisprudenza si è tradotto soltanto in un procedimento amministrativo di comunicazione a cui il medico doveva attenersi» nel praticare l'eutanasia o il suicidio assistito per non incorrere nella responsabilità penale.

Ad oggi l'esperienza giurisprudenziale olandese non è «importabile» nel nostro ordinamento in quanto ne «mancano le premesse tecnico-giuridiche» alla base di tale esperienza.

Nella sua conclusione il *Vinciguerra* specifica inoltre quali sono gli ostacoli, oltre a quelli di natura sociale .religiosa, nel nostro ordinamento: il giudice italiano non può astenersi dal pronunciare la pena avendo accertato la responsabilità; la dottrina dell'antigiuridicità materiale del fatto diffusa in Olanda, che è un concetto speculare alla legalità di cui è invece informato il nostro sistema; l'impossibilità di far rientrare le condotte eutanasiche nella figura dell'art.54c.p.it. che descrive lo stato di necessità nei termini visti.

Nonostante sia passato del tempo tra il lavoro del *Prof. Vinciguerra* ed il nostro, è curioso notare che gli ostacoli, i presupposti e le considerazioni, non sono cambiate poi molto, per non dire affatto.

Che questo possa essere un buon segno in termini di resistenza e di nostra affezione alla 'legalità' - e quindi di quel complesso di garanzie che avvolge il nostro sistema - non pare sia discutibile; ma per ciò che riguarda l'adattabilità del diritto all'esigenza umana? Questo è problema tanto vecchio quanto non da poco.

4.2 Alcune ulteriori osservazioni di carattere sociale.

Gli aggettivi distintivi, usati molto spesso per cercare di descrivere le diverse circostanze in cui viene praticata l'eutanasia, come per esempio 'attiva/passiva' o 'diretta/indiretta', in Olanda sono stati abbandonati, come punti superati, considerandoli fonte di confusione.

Qui, nell'ambito della legge, la differenza tra azione e omissione non ha particolare rilevanza e questa considerazione soppianta esperienza psicologica della differenza. Parlare di eutanasia passiva è una contraddizione poiché questa concerne l'omissione di un trattamento al quale il paziente non ha acconsentito. (da *Kimsma G., Leeuwen E., Dutch Euthanasia: background, practice and present justifications*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1993, pag.24)

Fattori sociali hanno poi avuto la loro importanza nel rendere l'Olanda più recettiva nei confronti dell'eutanasia, rispetto ad altri Stati:

- alto livello di cure mediche per la maggioranza dei cittadini;
- cure palliative molto avanzate;
- molta fiducia e conoscenza nel rapporto tra paziente e medico.

4.3 Concludendo

Sebbene dunque, non si possa parlare di depenalizzazione dell'eutanasia, né tantomeno di legge definitiva, l'Olanda sembra comunque aver tagliato un traguardo storico: al di là del residuo 'cordone ombelicale' giuridico che ancora lega la pratica eutanasica alle figure del codice penale, e a prescindere dalla sorte che incontrerà la 'legge' di cui abbiamo detto, nella pratica sarà il primo paese al mondo ad autorizzare la 'dolce morte'.

4.4 Nota bibliografica minima.

Il materiale di questo capitolo è stato tratto dalla recensione stampa di diversi quotidiani e dai siti Internet:

www.euthanasia.org

www.nvve.nl

www.minbuza.nl

www.finalexit.org

http://trovanotizie.iltrovatore.it/search.pl?topic=Scienza_e_Tecno,

e altri siti minori.

ALLEGATI*

* N.B. I testi dei documenti di questa parte, tratti da varie fonti, vengono da noi riportati nella loro versione integrale per ragioni di ricerca unicamente didattico-accademiche.

TESTAMENTO BIOLOGICO

Nome e Cognome
Luogo di nascita data
Domicilio

Addi innella 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:

.....
.....
.....

che, sottoscrivendo, attestano 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 delle persone nominate

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 eutanasi nel modo che sarà ritenuto opportuno per una buona morte.

**LIVING WILL DIRECTIVE
(Testamento biologico)**

Fullname _____

address _____

Postcode _____

Date of Birth _____

Your GP's name _____

Your GP's address _____

GPs telephone number _____

I have discussed the contents of this form with my GP:

[Yes] [No] (delete one)

I have discussed the contents with another health professional mentioned below:

[Yes] [No] (delete one)

I have made this declaration at a time when I am of sound mind and after careful consideration. I understand that my life may be shortened by the refusals of treatment in this form. I accept the risk that I may not be able to change my mind in the future when I am no longer able to speak for myself, and I accept the risk that improving medical technology may offer increased hope, but I personally consider the risk of unwanted treatment to be a greater risk. I want it to be known that I fear degradation and indignity far more than death. I ask my medical attendants to bear this in mind when considering what my intentions would be in any uncertain situation.

If the time comes when I can no longer communicate, this declaration shall be taken as a testament to my wishes regarding medical care.

If it is the opinion of two independent doctors that there is no reasonable prospect of my recovery from severe physical illness, or from impairment expected to cause me severe distress or render me incapable of rational existence, then I direct that I be allowed to die and not be kept alive by artificial means such as life support systems, tube feeding, antibiotics, resuscitation or blood transfusions: any treatment which has no benefit other than a mere prolongation of my existence should be withheld or withdrawn, even if it means my life is shortened. I accept basic care however and I request aggressive palliative care, drugs or any other measures to keep me free of pain or distress, even if they shorten my life.

I have the following wishes about specific treatments or investigations:

My other wishes/personal statement: _____

I wish the following person to be consulted in the event of uncertainty about my wishes:

Name _____

Address _____

My signature _____

Date _____

ASSEMBLEE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE
VINGT-SEPTIEME SESSION ORDINAIRE

RESOLUTION 613 (1976)
relative aux droits des malades
et des mourants

L'Assemblée,

1. Estimant que, pour les motifs exposés dans sa Recommandation 779 (1976), relative aux droits des malades, et analysés dans le rapport de sa commission des questions sociales et de la santé (Doc. 3699), le recours systématique aux techniques les plus modernes de prolongation de la vie ne répond pas toujours aux véritables intérêts des malades ;
2. Convaincue que les malades mourants tiennent avant tout à mourir dans la paix et la dignité, si possible avec le réconfort et le soutien de leur famille et de leurs amis ;
3. Craignant que l'incertitude quant aux critères les plus valables de définition de la mort ne soit une cause de tourment inutile ;
4. Insistant pour que l'on tienne compte, pour définir le moment de la mort, que des seuls intérêts du mourant,
5. Invite les organes compétents de la profession médicale des Etats membres à procéder à une analyse rigoureuse des critères sur lesquels se fondent actuellement les décisions relatives à l'application des techniques de réanimation et à l'administration aux malades de soins prolongés impliquant le recours à des méthodes artificielles de maintien de la vie ;
6. Invite le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé à examiner, à la lumière des connaissances et techniques médicales actuelles, les critères en vigueur dans les différents pays européens pour constater le décès, et à formuler des propositions d'harmonisation de ces critères qui permettent d'en généraliser l'application non seulement dans les hôpitaux, mais dans toute la pratique médicale.

1. Discussion par l'Assemblée le 28 janvier 1976 (23e séance) (voir Doc. 3699, rapport de la commission des questions sociales et de la santé).

Texte adopté par l'Assemblée le 29 janvier 1976 (24e séance).

ASSEMBLEE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE
VINGT-SEPTIEME SESSION ORDINAIRE
RECOMMANDATION 779 (1976)
relative aux droits des malades
et des mourants

L'Assemblée,

1. Considérant que les progrès rapides et constants de la médecine créent des problèmes et recèlent même certaines menaces pour les droits fondamentaux de l'homme et l'intégrité des malades ;
2. Notant que le perfectionnement des moyens médicaux tend à donner au traitement un caractère de plus en plus technique et parfois moins humain ;
3. Constatant que les malades peuvent être mal placés pour défendre eux-mêmes leurs intérêts, surtout lorsqu'ils sont soignés dans de grands hôpitaux ;
4. Considérant que l'on s'accorde à reconnaître depuis quelque temps que les médecins doivent avant tout respecter la volonté de l'intéressé en ce qui concerne le traitement à appliquer ;
5. Estimant que le droit des malades à la dignité et à l'intégrité, ainsi qu'à l'information et à des soins appropriés, doit être défini avec précision et accordé à tous ;
6. Convaincue que la profession médicale est au service de l'homme, pour la protection de la santé, pour le traitement des maladies et des blessures, pour le soulagement des souffrances, dans le respect de la vie humaine et de la personne humaine, et convaincue que la prolongation de la vie ne doit pas être en soi le but exclusif de la pratique médicale, qui doit viser tout autant à soulager les souffrances;
7. Considérant que le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances et qu'il n'a pas le droit, même dans les cas qui lui semblent désespérés, de hâter intentionnellement le processus naturel de la mort ;
8. Soulignant que la prolongation de la vie par des moyens artificiels dépend, dans une large mesure, de facteurs tels que l'équipement disponible, et que les médecins travaillant dans des hôpitaux dont les installations techniques permettent de prolonger la vie pendant une période particulièrement longue se trouvent souvent dans une position délicate en ce qui concerne la poursuite du traitement, notamment dans le cas où l'arrêt de toutes les fonctions cérébrales d'une personne est irréversible ;
9. Soulignant que les médecins doivent agir conformément à la science et à l'expérience médicale admise, et qu'aucun médecin ou autre membre des professions médicales ne saurait être contraint d'agir contre sa conscience en corrélation avec le droit du malade de ne pas souffrir inutilement,
10. Recommande au Comité des Ministres d'inviter les gouvernements des Etats membres :
 - I. a. à prendre toutes les mesures nécessaires, notamment en ce qui concerne la formation du personnel médical et l'organisation des services médicaux, pour que tous les malades, hospitalisés ou soignés à domicile, soient soulagés de leurs souffrances pour autant que le permet l'état actuel des connaissances médicales ;
 - b. à appeler l'attention des médecins sur le fait que les malades ont le droit, s'ils le demandent, d'être informés complètement sur leur maladie et le traitement prévu, et à faire en sorte qu'au moment de l'admission dans un hôpital ils soient renseignés en ce qui concerne le règlement, le fonctionnement et l'équipement médical de l'établissement ;
 - c. à veiller à ce que tous les malades aient la possibilité de se préparer psychologiquement à la mort, et à prévoir l'assistance nécessaire à cette fin - en faisant appel aussi bien au personnel traitant, tel que médecins, infirmières et aides, qui devront recevoir une formation de base pour pouvoir discuter de ces problèmes avec les personnes qui

approchent de leur fin, qu'à des psychiatres, des ministres des cultes ou des assistants sociaux spécialisés, attachés aux hôpitaux ,

II. à créer des commissions nationales d'enquête, composées de représentants de la profession médicale, de juristes, de théologiens moraux, de psychologues et de sociologues, chargées d'élaborer des règles éthiques pour le traitement des mourants, de déterminer les principes médicaux d'orientation en matière d'utilisation de mesures spéciales en vue de prolonger la vie, et d'examiner entre autres la situation dans laquelle pourraient se trouver les membres de la profession médicale - par exemple dans l'éventualité de sanctions prévues par les législations civile ou pénale lorsqu'ils ont renoncé à prendre des mesures artificielles de prolongation du processus de la mort sur les malades chez qui l'agonie a déjà commencé et dont la vie ne peut être sauvée dans l'état actuel de la science médicale, ou lorsqu'ils sont intervenus en prenant des mesures destinées avant tout à apaiser les souffrances de tels malades et susceptibles d'avoir un effet secondaire sur le processus de la mort, et d'examiner la question des déclarations écrites faites par des personnes juridiquement capables, autorisant les médecins à renoncer aux mesures pour prolonger la vie, en particulier dans le cas de l'arrêt irréversible des fonctions cérébrales ;

III. à instituer, si des organisations comparables n'existent pas encore, des commissions nationales chargées d'examiner les plaintes déposées contre le personnel médical pour des erreurs ou négligences professionnelles, et ceci sans porter préjudice à la compétence des tribunaux ordinaires ;

IV. à communiquer au Conseil de l'Europe les résultats de leurs analyses et conclusions à l'effet d'harmoniser les critères sur le droit des malades et des mourants, et les moyens juridiques et techniques de les assurer.

1. Discussion par l'Assemblée le 28 janvier 1976 (23e séance) (voir Doc. 3699, rapport de la commission des questions sociales et de la santé).

Texte adopté par l'Assemblée le 29 janvier 1976 (24e séance).

RECOMMANDATION 1418 (1999)

Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants

(Extrait de la Gazette officielle du Conseil de l'Europe – juin 1999)

1. Le Conseil de l'Europe a pour vocation de protéger la dignité des êtres humains et les droits qui en découlent.
2. Les progrès de la médecine, grâce auxquels on guérit aujourd'hui de nombreuses affections jusque là incurables ou fatales, le perfectionnement des technologies médicales et le développement de la réanimation, qui permet de maintenir quelqu'un en survie prolongée, repoussent sans cesse les limites de la mort. Les conditions de vie de celui qui va mourir passent souvent au second plan, dans le déni de sa solitude, de sa souffrance comme de celle de ses proches et des soignants.
3. En 1976, dans sa Résolution 613, l'Assemblée se déclarait «convaincue que les malades mourants tiennent avant tout à mourir dans la paix et la dignité, si possible avec le réconfort et le soutien de leur famille et de leurs amis», et ajoutait, dans sa Recommandation 779 (1976), que «la prolongation de la vie ne doit pas être en soi le but exclusif de la pratique médicale, qui doit viser tout autant à soulager les souffrances».
4. Depuis, la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine a posé d'importants principes et ouvert la voie sans pour autant faire mention explicitement des conditions particulières à prévoir dans le cas des malades incurables et des mourants.
5. L'obligation de respecter et de protéger la dignité d'un malade incurable ou d'un mourant est la conséquence naturelle de la dignité inviolable inhérente à l'être humain à tous les stades de la vie. Ce respect et cette protection se traduisent par la création d'un environnement approprié qui permet à l'être humain de mourir dans la dignité.
6. Il convient tout particulièrement de veiller à ce soin dans le cas des membres les plus vulnérables de la société, comme l'ont montré d'innombrables expériences passées et présentes de la souffrance. L'être humain, qui commence sa vie dans un état de faiblesse et de dépendance, a besoin de protection et de soutien lorsqu'il se trouve à l'article de la mort.
7. Divers facteurs font aujourd'hui peser une menace sur les droits fondamentaux que confère à tout malade incurable et à tout mourant sa dignité d'être humain:
 - i. un accès insuffisant à des soins palliatifs et à des traitements antidouleur judicieux;
 - ii. l'absence assez fréquente de traitement des souffrances physiques et de prise en considération des besoins psychologiques, sociaux et spirituels;
 - iii. le prolongement artificiel du processus de la mort, que ce soit par l'utilisation de moyens médicaux hors de proportion avec l'état du malade ou par la poursuite du traitement sans son consentement;
 - iv. l'absence de formation permanente et de soutien psychologique à l'intention des professionnels des soins de santé œuvrant dans le cadre de la médecine palliative;
 - v. l'attention et le soutien insuffisants accordés aux parents et aux amis des malades incurables et des mourants, qui, s'il en était autrement, allégeraient la souffrance humaine dans toutes ses dimensions;
 - vi. la crainte qu'éprouvent les malades de perdre leur autonomie et de devenir un fardeau pour leurs parents et les institutions en venant à être totalement dépendants d'eux;
 - vii. l'absence ou l'inadéquation de l'environnement social ou institutionnel où l'individu puisse quitter ses proches et amis en paix;
 - viii. l'insuffisance des fonds et des ressources alloués aux soins et au soutien des malades incurables et des mourants;
 - ix. la discrimination sociale dont font l'objet la faiblesse, l'agonie et la mort.

8. L'Assemblée invite les Etats membres à prévoir dans leur droit interne des dispositions assurant aux malades incurables et aux mourants la protection juridique et sociale nécessaire contre les dangers et les craintes spécifiques auxquels ils peuvent se trouver confrontés dans le cadre de ce droit, et en particulier contre:

- i. le risque d'être en proie à des symptômes insupportables à l'approche de la mort (douleurs, suffocation, etc.);
- ii. le risque de voir leur existence prolongée contre leur volonté;
- iii. le risque de mourir dans l'isolement et l'abandon;
- iv. le risque de finir leurs jours dans la crainte d'être un fardeau pour la société;
- v. le risque de voir limiter les moyens artificiels de survie pour des raisons d'ordre économique;
- vi. l'insuffisance des dotations en fonds et en ressources consacrés à l'assistance, aux soins et au soutien des malades incurables et des mourants.

9. L'Assemblée recommande par conséquent au Comité des Ministres d'encourager les Etats membres du Conseil de l'Europe à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards:

a. en consacrant et en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs, ce en prenant les mesures nécessaires:

- i. pour que les soins palliatifs fassent partie des droits individuels reconnus par la loi dans tous les Etats membres;
- ii. pour assurer un accès équitable à des soins palliatifs appropriés à tous les malades incurables et à tous les mourants;
- iii. pour encourager parents et amis à accompagner les malades incurables et les mourants, et pour leur assurer un soutien professionnel. Lorsque la famille et/ou les organismes privés s'avèrent insuffisants ou surchargés, leur action devra être remplacée ou complétée par d'autres formes de soins médicaux professionnels;
- iv. pour disposer d'équipes et de réseaux mobiles spécialisés afin que des soins palliatifs puissent être dispensés aux malades incurables et aux mourants à domicile, quand un traitement ambulatoire est possible;
- v. pour qu'il y ait coopération entre toutes les personnes appelées à prodiguer des soins à des malades incurables ou à des mourants;
- vi. pour que soient élaborées et mises en œuvre des normes destinées à assurer la qualité des soins dispensés aux malades incurables et aux mourants;
- vii. pour que – sauf refus de l'intéressé – les malades incurables et les mourants reçoivent un traitement antidouleur et des soins palliatifs adéquats, même si le traitement appliqué peut avoir pour effet secondaire de contribuer à abrégé la vie de la personne en cause;
- viii. pour que les professionnels des soins de santé soient formés et préparés à fournir à tous les malades incurables et à tous les mourants des soins médicaux, infirmiers et psychologiques dans le cadre d'équipes intégrées, en appliquant les normes les plus élevées possibles;
- ix. pour créer et développer des centres de recherche, d'enseignement et de formation dans les domaines de la médecine et des soins palliatifs ainsi que dans celui de la thanatologie interdisciplinaire;
- x. pour que des unités spécialisées en soins palliatifs ainsi que des services pour malades en phase terminale soient créés au moins dans les grands hôpitaux, afin que la médecine et les soins palliatifs en viennent à faire partie intégrante de tout traitement médical;
- xi. pour faire prendre conscience au public que la généralisation de la médecine et des soins palliatifs est un des objectifs principaux de la médecine;

b. en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à l'autodétermination, en prenant les mesures nécessaires:

- i. pour donner effet au droit des malades incurables et des mourants à une information vraie et complète, mais communiquée avec compassion, sur leur état de santé, en respectant le désir que peut avoir une personne de ne pas être informée;

- ii. pour mettre le malade incurable ou le mourant en mesure de consulter d'autres médecins que son médecin traitant habituel;
 - iii. pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne reçoive de traitement contre sa volonté, tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. Il convient en outre de prévoir des sauvegardes pour que cette volonté ne résulte pas de pressions économiques;
 - iv. pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle («living will») rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. Il convient en outre de veiller à ce que les critères de validité relatifs à la portée des instructions données par avance ainsi que ceux concernant la nomination et les pouvoirs des représentants légaux des intéressés soient dûment définis. De même, il faut s'assurer que le représentant légal ne prend, à la place de l'intéressé, des décisions fondées sur des déclarations préalables du malade ou des présomptions de volonté, que si ce dernier n'a pas exprimé directement sa volonté dans les circonstances mêmes de sa maladie ou s'il n'y a pas de volonté clairement définie. Dans ce contexte, il doit toujours y avoir un rapport manifeste avec les déclarations faites par la personne en question peu de temps avant le moment où la décision doit être prise, plus précisément lorsque le malade est mourant, et dans ces conditions appropriées, c'est-à-dire sans pressions ou déficience mentale. Il faut également bannir toute décision qui reposerait sur des jugements de valeur générale en vigueur dans la société et veiller à ce qu'en cas de doute la décision soit toujours en faveur de la vie et de la prolongation de la vie;
 - v. pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin, la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement soit prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à sa dignité d'être humain;
 - vi. pour qu'en l'absence d'instructions anticipées ou de déclaration formelle il ne soit pas porté atteinte au droit à la vie du malade. Il convient de dresser la liste des traitements qui ne peuvent en aucun cas être refusés ou interrompus;
- c. en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:
- i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les Etats membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui dispose que «la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement»;
 - ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;
 - iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.

1. Discussion par l'Assemblée le 25 juin 1999 (24e séance) (voir Doc. 8421, rapport de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille, rapporteuse: Mme Gatterer; Doc. 8454, avis de la commission des questions juridiques et des droits de l'homme, rapporteur: M. McNamara).

Texte adopté par l'Assemblée le 25 juin 1999 (24e séance).

PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME ET DE LA DIGNITE DES MALADES INCURABLES ET DES MOURANTS

Doc. 8888

7 novembre 2000

Recommandation 1418 (1999)

Réponse du Comité des Ministres

adoptée à la 728e réunion des Délégués des Ministres (30 octobre 2000)

Le Comité des Ministres a examiné avec attention la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants et partage entièrement les préoccupations de l'Assemblée à cet égard. Cette Recommandation soulève des problèmes fort complexes sur lesquels le Comité des Ministres a déjà eu l'occasion de se pencher dans le pas sé, depuis le rapport de 1981 du Comité européen de santé publique (CDSP) sur «les problèmes concernant la mort : soins apportés aux mourants» jusqu'aux travaux ayant mené à l'adoption de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention de bioéthique), en passant par les réflexions du Comité ad hoc sur la bioéthique (CAHBI) de 1988 à propos de l'euthanasie.

Le Comité des Ministres note que l'Assemblée lui demande d'« encourager les Etats membres à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards », en insistant plus particulièrement sur, premièrement, l'accès aux soins, notamment palliatifs, deuxièmement, le droit à l'autodétermination des malades incurables et des mourants et troisièmement, l'interdiction de mettre fin intentionnellement à la vie des malades incurables et des mourants.

Le Comité des Ministres observe que la question des soins palliatifs a été retenue par le Comité européen de santé publique (CDSP) pour faire l'objet, en 2001, d'une étude approfondie. Le CDSP envisage d'aborder cette question dans le contexte plus large de l'environnement dans lequel se pratiquent les soins palliatifs. Cette étude devrait aborder des questions telles que l'acharnement thérapeutique, les problèmes liés à l'accès équitable des personnes âgées aux soins de santé, la formation des professionnels en soins palliatifs et la réforme de la pratique médicale dans les hôpitaux et institutions.

Pour ce qui est du droit des malades incurables et des mourants à l'autodétermination, le Comité des Ministres rappelle l'article 9 de la Convention de bioéthique qui se lit comme suit : « Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté, seront pris en compte ». Il convient de souligner que cette rédaction reflète le point de convergence maximum atteint par les Etats ayant participé à la rédaction de la Convention, entre le respect du droit à l'autodétermination du patient et la responsabilité du médecin.

Quant à l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants, le Comité des Ministres constate l'existence, dans les Etats membres, de législations contradictoires concernant le refus par avance de certains traitements ainsi qu'en matière d'euthanasie. Aussi, dans l'intention d'obtenir une vue globale des lois et/ou pratiques appliquées par les Etats membres aux questions soulevées par la Recommandation, le Comité des Ministres a chargé le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) de rassembler les informations pertinentes.

Par ailleurs, le Comité des Ministres tient à souligner que la protection des droits fondamentaux de la personne humaine – y compris des malades et des mourants – relève de la responsabilité des Etats membres, sous le contrôle, le cas échéant, de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Il a, par conséquent, également chargé le Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH) de formuler un avis sur la Recommandation 1418 (1999).

DAL CODICE PENALE OLANDESE

- ⌘ **Art.10.** Non è punibile chiunque ha commesso un fatto spinto da forza maggiore.
- ⌘ **Art.40** sets out the basis of a “defence of necessity” (*noodtoestand*) which prevents the application of Articles 293 or 294 where court-determined criteria are observed before active voluntary euthanasia or assisted suicide takes place.

Per quanto riguarda l’omicidio comune il codice penale olandese distingue l’omicidio doloso in queste due figure:

- ⌘ **Omicidio occasionale:** art.287. «Chiunque cagiona intenzionalmente la morte di un uomo è punito, se colpevole di omicidio occasionale (*moord*), con la reclusione di al massimo quindici anni o una pena pecuniaria di quinta categoria.»
- ⌘ **Omicidio premeditato** art.289. «Chiunque cagiona intenzionalmente e con premeditazione la morte di un uomo è punito, se colpevole di omicidio premeditato (*doodslag*), con l’ergastolo o una reclusione temporale di al massimo venti anni, o con una pena pecuniaria di quinta categoria.»

Per quanto riguarda condotte eutanasiche, si è voluto distinguerle dall’omicidio comune introducendo le fattispecie seguenti:

- ⌘ **Art.293. [eutanasia attiva volontaria]** «Chiunque cagiona la morte di un uomo su suo esplicito e serio desiderio è punito con la reclusione di al massimo dodici anni o una pena pecuniaria di quinta categoria.»
- ⌘ **Art.294. [suicidio assistito]** «Chiunque determina intenzionalmente altri al suicidio, ne agevola l’esecuzione o gliene fornisce gli strumenti è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione di al massimo tre anni o una pena pecuniaria di quarta categoria.»

Nota.

- pena di quinta categoria: NLG 100.000, pari a circa US\$ 50.000.
- pena di quarta categoria: NLG 25.000.

(Modello per la relazione del medico in caso di applicazione di eutanasia e aiuto al suicidio tratto dal decreto del 19 novembre 1997, contenente la definizione dei formulari ai sensi dell'articolo 10 della Legge sulla Sepoltura delle Salme.)

MODELLO PER LA RELAZIONE DEL MEDICO

PER IL MEDICO CURANTE IN RELAZIONE ALLA SEGNALAZIONE AL NECROSCOPO COMUNALE DEL DECESSO SOPRAVVENUTO IN SEGUITO ALL'APPLICAZIONE DELL'ESTINZIONE DELLA VITA SU RICHIESTA O AIUTO AL SUICIDIO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 2.

Il medico curante che segnala al necroscopo comunale un decesso non naturale in seguito all'estinzione della vita su richiesta o all'aiuto al suicidio invia al necroscopo una relazione redatta in base al modello sottoesposto.

NOTA BENE: si prega di motivare le risposte alle domande sottoelencate. Nel rispondere alle domande si è liberi di fornire ulteriori informazioni in allegati. Si è pregati di fare uso di allegati anche nel caso in cui lo spazio a disposizione per le risposte non sia sufficiente. Si prega di indicare chiaramente sugli allegati a quale/i domanda/e essi si riferiscono.

Dati che riguardano il medico

Cognome:

Iniziale/i nome/i:

sesto: M/F

Funzione:

o medico di famiglia

o medico generico della casa di cura

o specialista:

(nome specializzazione)

Nome dell'istituto (ove del caso):

Indirizzo studio:

Codice postale / Luogo:

Dati che riguardano il defunto

Cognome:

Iniziale/i nome/i:

sesto: M/F

Data del decesso:

Comune in cui è avvenuto il decesso:

I Il decorso della malattia

2. Quali terapie mediche sono state provate?

3. La guarigione del paziente era ancora possibile?

4. In che cosa consistevano le sofferenze del paziente?

5a. Vi erano ancora delle possibilità per alleviare le sofferenze del paziente?

5b. Se sì, qual era l'opinione del paziente rispetto a tali alternative?

II Richiesta di estinzione della vita o aiuto al suicidio

NB : l'operato di estinzione della vita di pazienti le cui sofferenze sono primariamente di origine psichica o di pazienti la cui capacità di esprimere una richiesta ben ponderata può essere stata turbata, ad esempio a seguito di una depressione o dalla demenza in via di sviluppo, deve essere segnalato secondo la procedura applicata ai casi di estinzione della vita senza esplicita richiesta. Si deve seguire tale procedura anche per l'operato di estinzione della vita di pazienti minorenni.

III Consultazione

Nel caso in cui il/i medico/i consultato/i non abbia/abbiano espresso per iscritto il proprio giudizio: qual era il giudizio del/dei medico/i consultato/i in relazione agli aspetti suesposti?

V Ulteriori considerazioni

Data:

Nome:

Firma:

BIBLIOGRAFIA

- ❖ “Association de Consultants Internationaux en Droits de l’homme (CID). Acte du symposium sur le droit à la vie: quarante ans après l’adoption de la declaration universelle des droits de l’homme : evolution conceptuelle, normative et jurisprudentielle”, a cura di Daniel Premont e Françoise Montant, Ginevra 1992.
- ❖ “Sistema penale in transizione e ruolo del diritto giurisprudenziale” a cura di Giovanni Fiandaca, Padova CEDAM, 1997 in particolare, saggio degli autori Vinciguerra-Ricci Ascoli, alle pagg.85-98.
- ❖ E.Sgreccia, “Manuale di bioetica” vol.1 Vita e Pensiero, Milano 1999 3°ed.
- ❖ “I diritti fondamentali nel quadro dell’Unione europea”, introduttore prof. Erhard Denninger, resoconto del seminario a cura delle dott.^{ss} E. Canitano e A. Magro, 10 dicembre 1999.
- ❖ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), “Parere del Comitato Nazionale per la bioetica sulla proposta di risoluzione sull’assistenza ai pazienti terminali”, 6 gennaio 1991.
- ❖ Giustizia penale, 1993, fasc.8 e 9, parte 1°, pagg.276-288.
- ❖ “Guida al diritto de Il sole-24ore” n.17, del 1 maggio 1999.
- ❖ Articoli vari da Quotidiani nazionali.

SITI INTERNET

- ❖ **Italiani**
 - www.liberauscita.it
 - www.chiesavaldese.it
 - www.exit-italia.it
 - www.parlamento.it/att/affint/calen/9704pe.htm
 - www.europa.eu.int/eur-lex/it/search.html
 - www.dirittoeuropeo.it
 - <http://utenti.fastnet.it/utenti/marinelli/bioetica/eust.html>
 - <http://utenti.tripod.it/balkanspirit/politix/tutela.html>
 - www.aduc.it/Avvertenze
 - www.ansa.it
 - altri siti minori
- ❖ **Stranieri**
 - www.euthanasia.org
 - www.euthanasia.org/dutch.html
 - www.minbuza.nl
 - www.finalexit.org
 - www.nvve.nl
 - <http://stars.coe.fr>
 - www.europarl.eu.int
 - altri siti minori

N.B.

Le autrici precisano che i loro rapporti con le fonti attinte (sia testi bibliografici sia link a siti Internet) e gli autori dalle medesime citati, sono riconducibili alla mera consultazione, a fini di ricerca unicamente didattico-accademici, di testi resi pubblici mediante pubblicazione.