GIOVANNI CIMBALO

La società olandese tra tutela dei diritti del malato, diritto all'eutanasia e crisi della solidarietà

Quaderni di diritto e politica ecclesiastica
1994/1

QUADERNI DI DIRITTO E POLITICA ECCLESIASTICA

Numero 1

Studi/Interventi/Dibattiti
aprile 1994

SOMMARIO

Dopo dieci anni pag. 3

STATO E CONFESSIONI RELIGIOSE: LA DIMENSIONE EUROPEA

Protezione delle informazioni e libertà religiosa

GERHARD ROBBERS, *La tutela giuridica delle informazioni e le Chiese nella Repubblica Federale Tedesca* 7

ANNE CARBLANC, *La protection des données en France et les Eglises* 15

NICOLA COLAIANNI, *Banche dati e libertà religiosa* 23

L'eutanasia in Olanda

GIOVANNI CIMBALO, *La società olandese tra tutela dei diritti del malato, diritto all'eutanasia e crisi della solidarietà* 35

ERNST HIRSCH BALLIN, *Il reato di eutanasia: garanzie in caso di forza maggiore* 53

JAVIER MARTÍNEZ-TORRÓN, *La libertad de proselitismo en Europa* 59

STATO E CONFESSIONI RELIGIOSE: PROBLEMI ITALIANI

GIANNI BAGET BOZZO, *Giovanni Paolo II: «canzone all'Italia»* 73

Nuovo Concordato e società italiana: appunti per un bilancio

LUIGI DE LUCA, *Gli Accordi di Villa Madama dopo dieci anni. Brevi riflessioni* 77

MARIO TEDESCHI, *A dieci anni dall'Accordo del 18 febbraio 1984. Verso un nuovo concordato?* pag. 89

SALVATORE BERLINGÒ, *Matrimonio concordatario e giurisdizione ecclesiastica: tra cooperazione e concorso* 107

GIUSEPPE BATTELLI, *Per una lettura dei sinodi diocesani italiani durante il pontificato di Giovanni XXIII* 121

LE TRASFORMAZIONI DEL DIRITTO CANONICO DOPO IL NUOVO CODEX

GIORGIO FELICIANI, *Per una riflessione sul «Codex» del 1983* 155
RICHARD PUZA, *L'attuazione del nuovo codice di diritto canonico in Germania* 159
AUGUSTIN MOTILLA, *Aplicación y desarrollo del Código de Derecho Canónico en España* 179
JEAN-PAUL DURAND, *Echos de la mise en oeuvre en France du nouveau Code latin de droit canonique par la Conférence des évêques* 195
JAMES PROVOST, *L'applicazione del Codice del 1983 in Canada e negli Stati Uniti* 219
GIUSEPPE BRUNETTA, *Matrimonio e diritto. Studio statistico delle cause matrimoniali nei tribunali della Chiesa cattolica (1970-1990)* 229

TULLIO SCOVAZZI, *La pena di morte secondo il diritto internazionale e alcuni ordinamenti confessionali* 255
SILVIO FERRARI, *Storia di due concorsi. Arturo Carlo Jemolo e Vincenzo Del Giudice tra Perugia e Sassari* 267

ELENCO DEI COLLABORATORI 281

La società olandese tra tutela dei diritti del malato, diritto all'eutanasia e crisi della solidarietà

di Giovanni Cimbalo

SOMMARIO: 1. Diritto ad una vita – e ad una morte – dignitosa. - 2. Il medico quale soggetto attivo dell'eutanasia. - 3. L'aiuto alla morte senza il consenso del paziente. - 4. Alla ricerca di limiti alla società medicalizzata.

Con l'approvazione definitiva di una modifica all'art. 10 della legge sull'esecuzione funeraria (Wet op de lijkbezorging) il 30 novembre 1993 si è concluso in Olanda uno dei più sentiti e appassionati dibattiti degli ultimi trent'anni[1], che ha scosso le coscienze ed è divenuto un problema sociale: il «diritto ad una morte dignitosa»[2].

[1] Cfr. *Wet op de lijkbezorging*, in Sbt. 2 dic 1993 n. 643.

[2] L'enucleazione di questo concetto fa riferimento all'attenta analisi delle decisioni assunte dai medici riguardo al malato. In Olanda si definiscono convenzionalmente con la sigla MBL, *medische beslissingen rond levenseinde*, le decisioni mediche intorno alla fine della vita, ovvero quell'insieme di scelte e trattamenti sanitari operati autonomamente dal medico nel corso del suo rapporto con il malato che portano in un lasso di tempo prevedibile alla morte. Larga parte di queste scelte vengono presentate come inscindibilmente connesse all'insindacabile esercizio della professione medica e pertanto sottratte ad ogni potere di autodeterminazione del malato. In questo quadro l'eutanasia costituisce, in qualche modo, un'eccezione poiché dà la possibilità al malato di sostituirsi al medico nella scelta tra la morte (*de dood*) e fine della vita (*het levenseinde*), facendo sì che il malato possa imporre al medico tempi e modi di comportamento verso la malattia. Così il malato recupera poteri decisionali rispetto al suo rapporto con il dolore e la sofferenza attraverso la possibile abbreviazione della vita, da lui richiesta in nome del «diritto ad una morte dignitosa». Poiché i provvedimenti di eutanasia riguardano appena il 5% degli MBL vi è in Olanda chi sostiene – e tra questi molti appartenenti ai partiti di maggioranza – che la procedura adottata ha il solo effetto di portare sotto controllo una parte estremamente piccola delle morti causate dai trattamenti curativi e che anzi le garanzie introdotte a difesa del malato, con questo provvedimento, sono tali che i meccanismi di verifica dell'operato del medico previsti per l'eutanasia andrebbero estesi a tutti i trattamenti medici che hanno come conclusione inevitabile la fine della vita. Ciò a maggior tutela dei diritti del malato. Cfr. per tutti: J. GRIFFITHS, *Euthanasie als controle-probleem*, in «Nederlands Juristenblad», n. 4, 28 genn. 1993, pp. 121-128, passim.

Da decenni i medici olandesi – come quelli di molti altri paesi – praticano l'eutanasia[3] rispondendo a richieste che nel 1992, secondo dati forniti dal Governo nell'introdurre il dibattito parlamentare il 2 febbraio 1993 alla Camera, hanno raggiunto il numero di 9.000, delle quali 2.000 risultano ufficialmente accolte[4], in aperta violazione degli artt. 293 e 294 del Codice Penale che rispettivamente puniscono l'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio[5].

Ciò è indice da un lato dell'estrema cautela dei medici nell'accogliere le richieste dei pazienti, anche quando è chiara ed esplicita la loro manifestazione di volontà, dall'altro che nella società olandese – come del resto avviene in altri paesi del nord Europa[6] – si va sempre più diffondendo la palese violazione delle norme in materia di aiuto alla morte. Questi comportamenti evidenziano l'esistenza quanto meno di un problema di «ordine pubblico», così grave da imporre al legislatore di intervenire a regolamentare il fenomeno, anche al fine di contenerlo e controllarlo[7].

[3] Benché da decenni l'eutanasia fosse di fatto praticata da non pochi medici e ciò avesse dato luogo ad interventi della magistratura, a far emergere il problema dal punto di vista giuridico e sociale fu nel 1973 la sentenza del Tribunale di Leeuwarden a proposito del caso Postma van Boven che si concluse con una condanna mite (una settimana di detenzione) comminata ad un medico che aveva acconsentito ad aiutare la madre ammalata incurabile di cancro a porre fine alla vita. Cfr. Rb. Leeuwarden 21 feb. 1973, NJ 1973, 183.

[4] Cfr. *Standpunt van het kabinet inzake medische beslissingen rond het levenseinde*, Kamerstukken II 1991-1992, 20 383, n. 14 p. 9.

[5] Gli articoli 287 e 289 del Cod. Pen. olandese puniscono in generale l'omicidio, sia intenzionale che premeditato, e pertanto il riferimento che vi fa il questionario (vedi Allegato) è di carattere generale. Più specifici e perciò utilizzati nei casi di eutanasia: l'art. 293 Cod. Pen.: «Chiunque priva della vita un'altra persona dietro esplicita richiesta di quest'ultima è punibile con una pena fino a 12 anni di carcere o una multa della IV categoria»; l'art. 294 Cod. Pen.: «Chiunque intenzionalmente istiga un altro al suicidio, lo aiuta a tale scopo e inoltre procura di assisterlo, solo a suicidio avvenuto, è punibile con una pena fino a 3 anni di carcere, o una multa della V categoria».

Per una applicazione degli art. 293 e 294 del Codice Penale che tenga conto degli orientamenti della giurisprudenza in materia di eutanasia si veda W. NIEBOER, *Schets materieel strafrecht*, Gouda Quint, Arnhem, 1991.

[6] La decisione del Parlamento olandese segue quella danese. La Danimarca infatti ha approvato fin dal 1° ottobre del 1992 una legge simile ma ancora più permissiva di quella olandese, in quanto consente di dare esecuzione al *living will* preventivamente redatto da coloro che intendono – al verificarsi di determinate condizioni – avvalersi della possibilità di essere aiutati a porre fine alla loro vita. Di recente il dibattito sull'eutanasia ha investito anche il nostro paese. Vedi: R. CATTORINI, *Sottoscacco. Bioetica di fine vita*, Liviana medicina, Napoli, 1993; R. JACCART, M. THEVOZ, *Manifesto per una morte dolce*, Edt, Torino, 1993; P.G. RAUZI, L. MENNA, *La morte medicalizzata*, ed. Dehoniane, Bologna, 1993.

[7] Si vedano al riguardo le dichiarazioni in tal senso rilasciate in Parlamento dal Ministro della Giustizia, il Democratico Cristiano Prof. E.M.H. Hirsch Ballin. Kamerstukken, 1992-1993, 20.383, 9 febb. n. 15. Analoghe quello del Primo Ministro Lubbers rilasciate alla stampa a conclusione del dibattito alla Camera.

È da notare che la propensione a soddisfare le richieste di eutanasia nei paesi economicamente più sviluppati[8] è andata crescendo specialmente nell'ultimo ventennio con il mutare del sentire sociale a fronte delle aumentate capacità tecniche dei medici di prolungare la vita anche di malati gravi o terminali, sia pure mediante cure dolorose o dagli effetti collaterali devastanti per la dignità e le capacità della persona di resistere alla sofferenza e di continuare a vivere con dignità.

Ciò avviene in un contesto sociale nel quale il sistema di assistenza utilizzava strutture create dalle confessioni religiose. Esse avevano cura dei propri poveri e dei propri malati, provvedendo a fornire un aiuto capillare ai bisognosi, sia pure perché i fedeli potessero così guadagnare meriti per la salvezza della loro anima e mostrare, soprattutto per quanto riguarda le confessioni cristiane, la loro capacità di assistere i propri aderenti. Il senso di comunità, rafforzato dal pluralismo religioso e dalla frammentazione dell'appartenenza dei cittadini alle varie confessioni era particolarmente forte e radicato al punto da assicurare il funzionamento di queste strutture. Il sistema consociativo vigente nel paese fece sì che via via che lo Stato si assunse il compito dell'assistenza e della sicurezza sociale non trovasse di meglio che suddividere le risorse finanzia-

[8] Non a caso è in questi paesi che si pone un problema di qualità della vita, perché qui si sono realizzate quelle condizioni di sicurezza sociale e di «medicalizzazione della vita» che hanno permesso un notevole allungamento della vita media. Ciò fa sì che l'eutanasia venga vissuta come un problema da una grande parte della popolazione. Di fronte ai problemi etici che l'accettazione della liceità dell'eutanasia pone si è cercato di disegnare una casistica differenziata in modo da circoscrivere le situazioni nelle quali si deve parlare di interruzione volontaria della vita. Ad esempio si esclude che si tratti di eutanasia nel caso in cui si consente di non praticare le possibili cure ad un malato o si decide di interrompere il trattamento terapeutico, oppure di far cessare il funzionamento di apparecchiature mediche che consentono la vita vegetativa del paziente irreversibilmente ammalato. In tal modo la scelta si «restringe» ad un numero minore di casi e diviene più agevole per l'ordinamento perseguirla. In tal senso si muove anche S. FERRARI, *L'eutanasia e il rifiuto di trattamenti sanitari nel diritto italiano*, in «Anuario de Derecho Eclesiastico del Estado», vol. VII, 1992, Madrid, 1992, passim. Non vi è dubbio che al legislatore olandese – ma anche alla dottrina e alla magistratura – va riconosciuto il merito di aver affrontato il problema nella sua globalità, dando una soluzione di compromesso rispetto alla piena liberalizzazione, ma nella sostanza originale. Critico per l'eccessiva burocratizzazione delle procedure, ma favorevole all'estensione dei controlli alle diverse forme di MBL, J. GRIFFITHS, *Euthanasie als...* cit., p. 122 e ss.. Per una maggiore liberalizzazione dell'eutanasia G. VAN DER WAL, *Euthanasie uit strafrecht, maar sterven niet bureaucratiseren*, in «Nederlands Juristenblad», n. 13, 1 apr. 1993, pp. 444-449.

rie pubbliche tra strutture gestite direttamente dallo Stato e finanziamento delle preesistenti iniziative religiose. Ed è proprio all'interno delle strutture ospedaliere, sia a gestione pubblica che privata, che prende corpo e si sviluppa il dibattito sull'eutanasia[9].

Intanto la magistratura pronuncia sentenze molto argomentate che escludono con sempre maggiore frequenza la punibilità di medici che hanno praticato l'eutanasia[10], viene presentata nel 1984 la prima proposta di legge sull'eutanasia[11] e nel 1985 viene finalmente pubblicato il rapporto della «Commissione statale sull'eutanasia» (Commissione Jeukens) istituita nel 1982 con il compito di studiare

[9] Nel 1981-1982 una approfondita inchiesta svolta intervistando 42 medici 32 infermieri e 8 pastori, operanti in 8 ospedali – scelti tenendo conto della grandezza, dell'organizzazione (di cura o universitari) e della differente impostazione della gestione (neutrale o ideologicamente orientata) –, per vedere quale erano i comportamenti adottati di fronte ai malati terminali o incurabili fa emergere la pratica diffusa dell'eutanasia. Cfr.: H.W.A. HILHORDT, *Euthanasie in de praktijk*, in «Intermediair», n. 7, 19 febbraio 1983. Lo scandalo è enorme e la Conferenza episcopale olandese il 16 giugno 1983 si pronuncia, alla presenza del leader della Democrazia Cristiana (Cda) Lubbers, capo del Governo, decisamente contro. Malgrado tanto interessamento delle confessioni religiose, da un sondaggio effettuato dal giornale «De Volkskrant» e pubblicato il 24 aprile 1984, emergeva tuttavia che rispetto all'anno precedente la percentuale di persone favorevoli all'eutanasia era cresciuta di più del 15%.

[10] HR 8 ott. 1974, NJ 1974, 518; HR 20 giug. 1978, NJ 1978, 64; HR 10 nov. 1981, NJ 1982, 161; HR 16 febb. 1982, NJ 1982, 411; HR 11 maggio 1982, NJ 1983, 583; Rb. Alkmaar 10 maggio 1983, NJ 1983, 407; HR 15 giug. 1983, NJ 1984, 63; Hof Leeuwarden 11 ott. 1984, NJ 1985, 241.

Questa giurisprudenza è ampiamente commentata da: H.J.J. LEENEN, *Rechten van mensen in de gezondheidsworg*, Alphen aan den Rijn, 1978, passim; ID., *Gezondheidszorg en recht*, een gezorndheidsrechtelijke studie, Alphen aan den Rijn, 1981, passim; R.F.W. DIEKSTRA, *Over Suicide*: zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening, Alphen aan den Rijn, 1981; W.C.M. KLIJN e W. NIEBOER, *Eutanasie en hulp bij zelfdoding*, 1984; J. Ch. ENSCHEDÉ, *De arts en de dood*, Deventer, 1985; Van BEMMELEN-Van VEEN, *Het materiële strafrecht*, algemeen deel, Haarlem, 1986.

[11] Per rispondere a questa domanda che veniva dalla società, nell'aprile del 1984 il D66 (partito neo-liberale nato dal movimento di protesta della fine degli anni '60) presentava, a firma della Deputata Wessel-Tuinstra la prima proposta di legge sulla liberalizzazione dell'eutanasia. Cfr. *De Volkskrant* 13 e 14 apr. 1984; *NCR Handelsblad*, 4 maggio 1984. Per il dibattito in questa proposta cfr.: Kamerstukken II, 1985-1986, 18 331, n. 15, p. 2; S.C. DEN DEKKER-VAN BIJSTERVELD, *De verhouding tussen Kerk en Staat in het licht van de groundrechten, Zwolle*, 1988, p. 160. Tuttavia pur essendo stato il primo partito a proporre una legge sull'eutanasia nel 1993 al Senato D 66 ha votato contro l'attuale legge perché vi ha visto uno stravolgimento della proposta originaria che non prevedeva alcun coinvolgimento a priori del giudice, in quanto riteneva che la scelta dell'eutanasia fosse un «fatto privato della persona», strettamente legato alla manifestazione di volonta. Perciò escludeva da tale pratica i pazienti in coma, neonati fortemente handicappati e pazienti psichiatrici. Anche la proposta originaria prevedeva tuttavia una relazione ad opera di chi aveva praticato l'eutanasia e, in caso di mancata accettazione di questa, la condanna a 4 anni di carcere (pena ridotta di un terzo rispetto a quella prevista dall'art. 293 del Codice Penale).

il problema[12]. Su indicazione di questa, già a partire dal 1986, il Parlamento decide di avviare una fase di sperimentazione. Nel rispetto delle regole deontologiche messe a punto dal loro ordine professionale i medici che accoglieranno le domande di eutanasia dei malati terminali dovranno inviare al Procuratore Generale della Regina una dettagliata relazione dalla quale siano desumibili i motivi che hanno portato all'accoglimento della richiesta[13].

Contemporaneamente crescevano i pronunciamenti della magistratura su questo delicatissimo problema, tracciando una casistica e individuando, con un orientamento sempre più costante, circostanze e situazioni di non punibilità[14]. Nel ricordato rapporto della Commissione Jeukens il riferimento veniva fatto non tanto alla cosiddetta «eutanasia passiva»[15], ma esclusivamente a quella attiva, consi-

[12] Della Commissione, presieduta dal giurista H.J.M. Jeukens, facevano parte 15 membri tra i quali H.J.J. Leenen, sociologo-medico, W.C.M. Klijn professore di etica teologica alla Katholieke Theologische Hogeschool e il professore di diritto penale all'Università cattolica di Tilburg W. Nieboer. La Commissione si pronunciò a larga maggioranza (nove voti) per la liberalizzazione dell'eutanasia stabilendo procedure ed individuando una casistica che oggi ritroviamo nel provvedimento approvato. Il Rapporto fu consegnato ai Ministri pro tempore della Sanità Brinkman e della Giustizia Korthals Altes il 19 agosto 1985. Cfr. COMMISSIE JEUKENS, *Kamer eens met rapport over toestaan euthanasie*, in «De Volkskrant» 20 agosto 1985. I risultati di quel lavoro sono oggi ripresi da numerosi autori tra i quali G. VAN DER WAL, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen*, Rotterdam, 1992.

[13] Influì notevolmente su questa scelta un'argomentatissima sentenza della Corte di Cassazione che tra l'altro utilizzò per la decisione una disamina delle posizioni espresse dalle associazioni professionali dei medici di diversi paesi, tra i quali quelli degli USA e della Repubblica Federale Tedesca. Cfr. HR 27 nov. 1984, NJ 1985, 106, 463-464 in particolare. La decisione di procedere ad una «sperimentazione graduale», di fatto affidata al controllo della magistratura, non deve stupire perché è frequente che in Olanda si proceda gradualmente – a volte con modalità eterodosse agli occhi dell'osservatore esterno – a ricercare possibili innovazioni legislative. Questi metodi fanno parte del grande pragmatismo che caratterizza l'operare del legislatore dei Paesi Bassi, in sintonia con una società di tipo consociativo che proprio dalla ricerca quasi ossessiva del maggior consenso possibile trae motivo di coesione e di originalità. Sul sistema consociativo in Olanda vedi G. CIMBALO, *I rapporti finanziari tra Stato e confessioni religiose nei Paesi Bassi*, Milano, 1989, passim.

[14] Hof Hanhem, 31 ott. 1989, NJ 1989, 909; 's-Gravenhage 20 genn. 1988, NJ 1988, 772; HR 21 ott. 1986, NJ 1987, 607; HR 3 maggio 1988, NJ 1989, 391; Hof 's-Gravenhage 10 giugno 1985 e 11 sett. 1986, NJ 1987, 608; Rb Haarlem 4 apr. 1986, NJ 1987, 287; Hof 's-Gravenhage 12 nov. 1986, NJ 1987, 609; HR 15 dic. 1987 NJ 1988, 811; Hof 's-Gravenhage 2 apr. 1987, NJ 1987, 756; HR 23 giu. 1987, NJ 1988, 157; Rb. 's-Gravenhage 21 giu. 1985, NJ 1985, 709; Rb. 's-Gravenhage 6 ag. 1985, NJ 708; Hof Amsterdam 28 genn. 1988, 1045; Rb. Rotterdam 24 apr. 1985, NJ 1988, 50; Hof 's-Gravenhage 6 febb. 1987, NJ 1987, 858; Rb. Dordrecht 13 marzo 1985, NJ 1986, 488; Rb. Haarlem 4 apr. 1986, NJ 1987, 287; HR 24 magg. 1986, NJ 1986, 642.

[15] Vengono impropriamente definiti con il termine di eutanasia passiva quel-

stente in un aiuto medico alla morte del malato terminale per lo più afflitto da insopportabile dolore o comunque per aiutare coloro per i quali continuare a vivere «costituisce motivo di rinuncia alla propria dignità o è fonte di inaccettabile sofferenza»[16].

Spinto dall'esperienza maturata durante questa fase di sperimentazione, in una società fortemente secolarizzata come quella olandese dove è favorevole all'eutanasia oggi ben l'80% della popolazione[17], il Parlamento non ha potuto che prendere atto del fenomeno e – constatata l'inesistenza di ostacoli di carattere costituzionale[18] – darne una regolamentazione adottando una soluzione compatibile con il mantenimento dei principi generali dell'ordinamento che vietano l'omicidio sotto qualsiasi forma[19].

l'insieme di comportamenti caratterizzati dall'astenersi dal mettere in pratica attività, cure, interventi volti a prolungare la vita. In realtà in questi casi si deve parlare piuttosto di rifiuto di praticare l'accanimento terapeutico o di consentire forme artificiali di vita in assenza di qualsiasi autonoma volontà del paziente. Questi comportamenti non possono essere considerati come reato e sono in genere tollerati dalle confessioni religiose e considerati dalla stessa minoranza della Commissione Jeukens come accettabili per restringere il campo di applicazione dell'eutanasia. Sulla posizione della Chiesa cattolica sull'eutanasia vedi comunque per tutti V. POZAIC, *Eutanasia: l'insegnamento della Chiesa e la discussione teologico-morale contemporanea*, Roma, 1985.

[16] Particolarmente significativo il contributo della dottrina. Tra gli autori che più hanno orientato le pronuncie della giurisprudenza negli ultimi anni segnaliamo VAN BEMMELEN-VAN VEEN, *Het materiële strafrecht*, algemeen deel, 1986; J. DE HORSTINK, *Eutanasie in discussie*, Amersfoort, 1987; J. CH. ENSCHEDÉ, *De verklaring van overlijden*, in «RM Themis», 1987, p. 108 e ss.; O. ANJEWIERDEN, *Strafrecht en euthanasie*, Nijmegen, 1990.

[17] Questo dato, cfr. *Standpunt van het kabinet inzake medische beslissingen rond het levenseinde*, Tweede Kamer, vergaderjaar, 1991-1992, 20383, n. 14, p. 9, è indice della profonda secolarizzazione della società olandese che per quanto concerne l'appartenenza religiosa è distribuita tra il 33% di cattolici, il 29% appartenente a confessioni cristiane, il 2% di musulmani, 1% di altri culti e ben il 35 % che dichiara di non appartenere ad alcuna religione. Si vedano a riguardo i rilevamenti fatti periodicamente dal Centraal Bureau voor de Statistiek.

[18] La Costituzione olandese non parla del diritto alla vita come diritto indisponibile, ma tutela il diritto alla salute. Cfr.: H.J.J. LEENEN, *Rechten van de mensen in het gezondheidsrecht*, 1978, p. 218 e ss. Una legge sul trapianto degli organi (*Wet orgaantransplantatie*) disciplina la donazione degli organi, regolamentando tra l'altro con molta precisione i trapianti da malati terminali e da coloro per i quali è intervenuta la cessazione di ogni attività cerebrale.

[19] Oltre al già citato W. NIEBOER, *Schets materieel strafrecht*, vedi C. LINDO, *P.G. Remmelink: reactie van de verdediging zonder wetswijziging mogelijk*, NJB, 1991, 1819-1820

1. *Diritto ad una vita – e ad una morte – dignitosa*

Contrariamente a quanto si può desumere dalle notizie di stampa apparse al di fuori dell'Olanda, largamente influenzate dalla comprensibile diffidenza che lo stesso termine eutanasia suscita, il Parlamento olandese non ha approvato alcuna legge sull'eutanasia ma ha tratto – come si è detto – le parziali e temporanee conclusioni di un lungo dibattito che, come è costume di quel Parlamento, ha utilizzato nella fase finale della discussione una dettagliata relazione presentata il 10 settembre 1992 dalla Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie[20].

La Commissione, presieduta dal Prof. J. Remmelink, Procuratore Generale della Corte di Cassazione[21], dopo aver ripreso i risultati della Commissione sull'eutanasia costituita nel 1982 e aver esaminato i rapporti medici pervenuti negli anni, ha compiuto un'accurata analisi della giurisprudenza in materia di aiuto medico all'interruzione volontaria della vita, provvedendo a raccogliere le opinioni di malati, associazioni di operatori sanitari, medici, confessioni religiose, esperti di morale[22], anche appartenenti ad associazioni ateiste, in modo da poter predisporre gli opportuni interventi per regolamentare il fenomeno. Dopo approfondito dibattito la Commissione Remmelink ha raccomandato al Parlamento di adottare una soluzio-

[20] La Commissione era stata insediata il 17 gennaio 1990 con il compito di rispondere a 10 quesiti relativi alla possibilità di consentire nei Paesi Bassi l'accoglimento delle richieste di interrompere la propria vita. Cfr. TWEEDE KAMER, *Vergaderjaar*, 1989-1990, 20383, n. 13. La Commissione ha redatto un *Rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie* di 70 pagine, poi pubblicato in allegato al volume: P.J. VAN DER MAAS, J.J.M. VAN DELDEN, L. PIJNENBORG, *Medische beslissingen rond het levenseinde: het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie*, 's-Gravenhage, SDU, 1991. Questa pubblicazione contiene inoltre in appendice i dati statistici, raccolti ed elaborati dal Centraal Bureau voor de Statistiek, relativi alla diffusione tra la popolazione della richiesta della legalizzazione dell'eutanasia. Le casistiche per le quali è praticata oggi sono riportate in J. GRIFFITHS, *Euthanasie als...* cit.

[21] Di grande interesse l'intervista rilasciata da Remmelink a proposito della sua attività nella Commissione e soprattutto per quanto concerne il ruolo da lui svolto come Procuratore Generale della Cassazione a partire dal 1984. Cfr.: O. VAN KLINKEN, M. VELDT, *In het strafrecht zit een spelmoment. Interview met prof. mr. J. Remmelink, Procureur-Generaal bij de Hoge Raad*, in «Ars Aequi», 1992, 144-150; E.P. VON BRUCKEN FOCK, *Het parket bij de Hoge Raad: bondgenoot of tegenstander?*, NJB, 1991, 1815-19.

[22] Alcuni di questi contributi sono stati poi pubblicati. Vedi: D. PRANGER, *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten: een analyse van de morele problematiek tegen de achtergrond van de recente discussies in de Verenigde Staten*, Amsterdam, 1992. H. JOCHEMSEN, *Geregeld levensbeëindigend handelen?*, Ede, 1992 che contiene tra l'altro una annotazione critica del rapporto redatta dal Prof. G.A. Lindeboom.

ne che tenesse in massimo conto la volontà del paziente che richiede l'aiuto medico per interrompere la propria vita, rilevando che «esiste un diritto a morire con dignità».

L'aspirazione ad una vita qualitativamente degna di essere vissuta – ad avviso della Commissione – è un diritto che trova fondamento nel principio di libertà personale e come tale va tutelato. Pertanto deve essere consentito ogni atto di disposizione del proprio corpo che esaurisce effetti esclusivamente nell'ambito individuale, senza ledere diritti di soggetti terzi. Non si può quindi imporre di vivere per forza a chi ha deciso che la vita non vale la pena di essere vissuta. Ciò è tanto più vero quando esistono cause oggettive di disagio: un male incurabile, una malattia fisica o psichica che compromettono la gestione della propria vita.

In una società che assume il successo come valore essenziale e l'autosufficienza come carattere distintivo e qualificante della persona, la spinta ad affermare la dignità personale si è caricata di contenuti più forti che altrove e la malattia, il degrado psicofisico, la stessa vecchiaia, il disagio esistenziale, vengono vissuti come una condizione che rimette in discussione l'insieme di rapporti sociali costruiti nella fase precedente della vita, l'immagine stessa che si ha di sé. Prova ne sia che la preoccupazione dominante dei malati in fase terminale è quella di non riuscire più a mantenere la propria indipendenza e di dover dipendere da altri[23], come approfonditi sondaggi di opinione hanno dimostrato.

Da qui la crescita del bisogno di governare la propria vita, e quindi il proprio corpo, di disporne come di un bene personale, strettamente individuale, sottratto ad ogni potere d'intervento della collettività. La Commissione Remmelink constata che nel sentire sociale l'autosufficienza è divenuta un valore prevalente da tutelare e quindi «è accettabile che la persona rivendichi il diritto di scegliere la vita che vuole vivere e se viverla»[24].

[23] Vedi oltre alla relazione della Commissione Remmelink cit. anche *Kamerstukken II*, 1990-1991, 21 800, n. 23 e D.G. JANSEN, *Een milde dood: praktische handleiding bij vrijwillige euthanasie en weigering van levensverlengende behandeling*, Amsterdam, 1992; G. HOLDIJK, *Levensbeëindigend handelen door artsen!?*, 's-Gravenhage, 1990.

[24] Questo orientamento era stato del resto confermato dal dibattito interno alle confessioni calviniste. Si veda a riguardo il Rapporto della commissione consiliare della Nederlandse Hervormde Kerk e della Gereformeerde Kerken: *Nederland: Euthanasie moet een uitzondering blijven*, in «Trouw», 6 nov. 1988. Della stessa opinione G. van der WAL, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding...* cit.; J. BLAD, *Tussen lots-en zelfbeschikking. De stand van het beleid ten aanzien van euthanasie in ziekenhuizen en verpleeghuizen in Nederland*, Gouda Quit, Arnhem, 1990; di parere diverso C. VAN CAMPEN, *Euthanasia*, Utrecht, 1991.

Il diritto alla vita si estende dunque fino a proiettarsi sulla morte, e l'individuo rivendica la potestà di decidere come interrompere la vita, senza che le modalità con le quali ciò avviene siano tali da negare quei valori e quei principi che liberamente sono stati assunti come caratterizzanti la propria vita.

Pertanto la Commissione Remmelink conclude che va consentito di scegliere la morte quando la vita sia divenuta tale da essere insopportabile a colui che deve viverla. Nasce così e prende corpo il diritto ad una morte dignitosa e liberamente scelta.

Ma perché sia consentito interrompere la propria vita – disporre cioè del diritto fondamentale alla vita – occorre fornire delle garanzie sociali, che sono solo in parte garanzie della persona poiché vi è un interesse della collettività all'autoconservazione, al rispetto di regole di convivenza comuni che escludano l'omicidio di chiunque, anche se consenziente.

Trova così spiegazione la prima scelta del legislatore olandese. Il fatto che si discuta di eutanasia non esclude che restino in vigore sia l'art. 293 che l'art. 294 del codice penale[25]. Tuttavia i problemi si pongono per l'ordinamento quando il soggetto non è in grado di provocare da solo la morte ma chiede di ricorrere all'aiuto di un terzo, il più delle volte del medico.

Ciò porta la Commissione ad escludere la punibilità del comportamento attivo a favore dell'eutanasia a condizione che ricorrano determinate situazioni e che, nell'aiutare l'interruzione della vita, si seguano precise regole che garantiscono che è effettivamente giunta l'ora e si sono determinate le circostanze in base alle quali il diritto ad una accettabile qualità della vita si estenda fino al punto da indicare come sopraggiunto il momento nel quale la vita può cessare.

Per addivenire a questa decisione l'ordinamento olandese – come si è detto – non ha fatto ricorso ad una legge specifica sull'eutanasia ma, attraverso la modifica di una norma generale sulla redazione del certificato di morte necessario per procedere alla tumulazione, ha fissato rigide regole alle quali i medici che svolgono un ruolo attivo nella messa in atto dell'eutanasia devono attenersi, sotto stretto controllo legale. Ciò avviene mediante una verifica pregnante e preventiva da parte del giudice della documentazione che attesta la decisione presa dal paziente e avvalorata dal medico. Né avrebbe potuto essere diversamente poiché una volta che il Parlamento ha confermato la piena validità degli art. 293 e 294 del codi-

[25] P.J. VAN der MAAS, J.J.M. VAN DELDEN, L. PIJNENBORG, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life: an investigation performed upon request of the commission of inquiry into the medical practice euthanasia*, Amsterdam, 1992.

ce penale una legge che permettesse la liberalizzazione dell'eutanasia sarebbe stata in contraddizione con il permanere delle norme ricordate.

Dal punto di vista tecnico il Parlamento ha quindi deciso di modificare la norma che regola il rilascio del certificato di morte necessario per provvedere alla tumulazione[26].

Il medico curante nel caso in cui la morte non può sopravvenire per cause naturali ma richiede il suo intervento, deve rispondere a precise domande contenute nel questionario, che pubblichiamo in appendice. Tali risposte devono essere confermate da un secondo medico indipendente che avvalori e certifichi la sussistenza delle condizioni che inducono il medico curante a decidere di praticare l'eutanasia. Tale questionario, che comprende più di 50 domande, viene sottoposto al giudice del Tribunale distrettuale competente per territorio che si pronuncia sull'attendibilità delle dichiarazioni rese e la correttezza della procedura seguita[27] entro 24 ore, escludendo così la perseguibilità penale del medico. Dopo di che l'interruzione della vita può senz'altro avvenire.

La modifica legislativa adottata permetterà di restringere e controllare i casi di eutanasia, fino ad oggi praticata con maggiore elasticità, anche in circostanze diverse da quella di malati in fase terminale che esprimono la richiesta di aiuto a morire o di aiuto al suicidio.

Per il suo carattere «compromissorio» il provvedimento è stato approvato alla Camera esclusivamente dai partiti di governo (democristiani e socialisti) e al Senato con una esigua maggioranza[28]. Gli oppositori dell'eutanasia vi hanno visto un cedimento inaccettabile e una rinuncia dello Stato alla tutela della vita, una vera a propria legalizzazione dell'omicidio. I sostenitori della totale libertà di scelta di fronte alla morte hanno lamentato l'eccessiva «limitatezza» del provvedimento, chiedendo che venisse riconosciuta per legge l'eutanasia e quindi la facoltà di ognuno di decidere della propria morte, ritenendo che la vita è un bene individuale e disponibile della persona umana. Da qui la loro richiesta di abrogazione degli art. 293 e 294 del codice penale.

I problemi etici sollevati dal ricorso all'interruzione volontaria della vita con l'aiuto di terzi – il medico, in questo caso – sono certamente enormi e trascendono sia la morale religiosa, di qualsiasi religione, che la morale laica. Tuttavia il problema esiste e non può essere negato. Gran parte dei medici e degli stessi moralisti e teologi concordano nel condannare l'accanimento terapeutico come una vera forma di crudeltà verso il malato in quanto si riconosce che vi è comunque un momento nel quale l'intervento del medico si deve fermare. Se ciò è vero sono poche le obiezioni che si possono fare di fronte alla dichiarata volontà del malato di non sottoporsi ad alcuna cura, al fine di evitare inutili sofferenze[29]. Ciò che quindi

[26] La disposizione sostituisce quella già adottata il 1° novembre 1990 e recita: «Presa conoscenza del dibattito relativo alla legge sull'esecuzione funeraria abbiamo disposto che il formulario indicato nell'art. 10 della medesima legge venga reso obbligatorio nell'ambito delle regole generali d'ufficio». Art. 1.:

«L'art. 10 della legge funeraria viene modificato come segue:

1. Prima del testo viene collocato il punto 1 e le parole "Ministro della Giustizia" vengono sostituite con: "le regole generali di ufficio". Inoltre viene aggiunto un periodo che dice: "l'applicazione delle sopracitate regole generali di ufficio viene assicurata dal Ministro della Giustizia e dal Ministro per il Benessere, salute pubblica e cultura". Al secondo comma va aggiunto: "le regole generali di ufficio non vengono applicate prima di tre mesi dalla data di pubblicazione della legge"». Kamerstukken II 1991-1992, 20 383, n. 14, p. 10.

[27] Sulle procedure adottate vedi: H. BLIJHAM, *Stervensbegeleiding en euthanasie*, Groningen, 1991; P.J. VAN DER MAS, *Lang zullen we leven?: over volksgezondheid, vergrijzing en vervuiling*, Rotterdam, 1992; G. VAN DER WAL, *Euthanasie uit strafrecht* ... cit. 447 e ss.

[28] La legge è stata approvata con 91 favorevoli (Cda e Pvda), 45 contrari e 14 astenuti alla Camera e con 37 voti a favore e 34 contrari al Senato. I margini tra i due schieramenti si sono ridotti per effetto della contrapposta protesta dei sostenitori della liberalizzazione totale dell'eutanasia e dei gruppi, soprattutto religiosi, che chiedevano la bocciatura della legge, perché troppo permissiva. Per le polemiche sulla stampa prima del voto al Senato cfr. F. VERMEULEN, *Zelfmoord zoals het hoort*, in «NCR Handelsblad» 25 sett. 1993; H.P. MEDEMA, *Wil iemand in de Eerste Kamer het licht aandoen?*, in «Trouw» 23 nov 1993; HENK TEN HAVE, Y. TIMMERMAN-BUCK, J. WELIE, *Verwerping «euthanasie-wet» leidt tot legalesering*, in «Trouw» 23 nov. 1993; J. GRIFFITHS, *Euthanasie: geen strafrecht maar medisch tuchtrecht*, in «Trouw» 23 nov 1993; Y.E.M.A. TIMMERMAN-BUCK, A. KLINK, *Kabinetsvoorstel euthanasie biedt beste bescherming*, in «Trouw» 9 ott. 1993; H. SCHERAVEN, *Euthanasiewet alleen bedoeld om coalitie te redden*, in «De Volkskrant», 23 nov 1993. Sugli sviluppi futuri del problema spunti utili fornisce G. HOOGERKANP, *Euthanasie op het Binnenhof: de euthanasiediscussie in politiek-historsch perspectief (1978-1992)*, Utrecht, 1992.

[29] È su queste posizioni che si è attestata la Chiesa cattolica olandese distinguendo tra accanimento terapeutico e eutanasia. Tuttavia essa ha di fatto accettato che alla Camera la Cda (la Democrazia Cristiana olandese) votasse a favore della legge come male minore. In quella occasione il primate d'Olanda, commentando il fatto che l'80% degli olandesi è favorevole all'eutanasia, dichiarava: «Se la Democrazia Cristiana non avesse votato per questa proposta di legge, sarebbe stata approvata invece una legge secondo cui l'eutanasia sarebbe stata completamente libera [mentre ora] con l'aiuto della Democrazia Cristiana, l'eutanasia rimane pur sempre contemplata dal codice penale», A.J. SIMONIS, *Intervista alla Radio Vaticana* del 10 febb. 1993. Il giorno dopo l'«Osservatore Romano», con una dura nota non firmata, dopo aver dato notizia della decisione del Parlamento olandese, ribadiva la posizione contraria della Chiesa cattolica e richiamava i deliberati del Concilio Vaticano II che colloca «l'eutanasia tra i delitti che "guastano la civiltà umana" e "ledono grandemente l'onore del Creatore"». Ricordato che di fronte alle sofferenze del malato terminale non è possibile l'indifferenza, il giornale vaticano invoca

provoca scandalo e solleva notevoli problemi etici è l'intervento attivo del medico, benché richiesto dal malato, finalizzato a provocare la morte. Ma non si vede come questo aiuto possa essere negato quando la persona che soffre, non per sua scelta, non può con un mero comportamento passivo far sì che sopravvenga una morte ormai certa ed inevitabile, con modalità che rendano rapido, meno doloroso e comunque dignitoso il trapasso.

2. *Il medico quale soggetto attivo dell'eutanasia*

Una regolamentazione dell'eutanasia come quella olandese assegna al medico un ruolo attivo ed estremamente importante nell'eseguire le scelte del malato. Né potrebbe essere altrimenti poiché il coinvolgimento del medico è nei fatti inevitabile. Non a caso la normativa predisposta dal Parlamento olandese fa riferimento al medico curante. È lui che viene coinvolto, nell'esercizio coscienzioso e partecipe della propria professione, nelle sofferenze del malato, è lui che percepisce il suo dolore, la sua sofferenza nel continuare a vivere, il suo decadere progressivo come soggetto che governa in modo cosciente le proprie emozioni e il proprio sentire, che mantiene il controllo della facoltà di ragionare e di comprendere, la possibilità di decidere del proprio corpo. È quindi lui, più che altri, il bersaglio emotivo del malato il quale può essere indotto dalla propria condizione a chiedere un aiuto a morire.

Ma proprio perché soggetto coinvolto e psicologicamente vulnerabile – anche a tutela del suo operato – la normativa olandese prevede che il medico curante, nel vagliare la richiesta del paziente, sia affiancato da altro medico, esterno per molti versi al rapporto fiduciario creatosi tra medico curante e malato, certamente estraneo dal punto di vista emotivo rispetto al paziente e quindi in grado di vedere con più distacco, di valutare «dall'esterno» una situazione certamente drammatica.

Sulla base di queste considerazioni il coinvolgimento del medico nel processo decisionale appare del tutto condividibile e necessario, divenendo una delle condizioni essenziali di verifica del rispetto delle procedure e delle diverse fasi di maturazione del processo decisionale. Ciò consente al giudice – chiamato a pronunciarsi preventivamente sulla procedura seguita – di rilevare la non punibilità

l'intervento solidale della società e ribadisce il diritto del malato al conforto «perché il dolore e la morte naturale siano accettati come il più alto dono di sé». Cfr. *Olanda: legalizzata l'eutanasia. Al malato si deve solidarietà non morte*, in «L'Osservatore Romano», 11 febb. 1993.

del medico, escludendo che ricorrano le condizioni che configurano le ipotesi delittuose previste dagli artt. 293 e 294 del codice penale.

Il medico può tuttavia accogliere la richiesta del malato anche senza il preventivo esame della documentazione suddetta da parte del giudice, ove ricorrano casi di urgenza che richiedono interventi immediati. In questo caso la verifica del giudice che esclude la punibilità avviene successivamente.

Il ruolo del giudice è evidentemente ancora più importante nel caso in cui il malato è affetto da disturbi di carattere psico-fisico tali da rendere anche insopportabile la vita. Siamo qui di fronte ad una procedura attivata lecitamente, poiché si ritiene che la degenerazione patologica del disagio del soggetto è di tale gravità da dar luogo all'insorgenza di una malattia incurabile. Si prende atto che la sofferenza del vivere è divenuta tanto intensa da produrre un dolore insopportabile che non può essere alleviato in alcun modo rendendo impossibile continuare a vivere con dignità.

3. *L'aiuto alla morte senza il consenso del paziente*

Vi sono tuttavia dei casi nei quali il malato è privo della facoltà di decidere. Ciò può avvenire a causa di un evento traumatico, per il sopravvenire di demenza senile, handicap mentale o nel caso di neonati portatori d'irrimediabili malformazioni congenite incurabili.

Se è comprensibile che nel primo caso si possa fare riferimento ad una eventuale preesistente dichiarazione di volontà del paziente poiché la scelta di morire resta comunque e sempre una scelta effettuata dalla persona[30], non poche perplessità suscita un intervento da parte di terzi nella decisione da assumere.

Premesso che il problema, a nostro avviso, va affrontato in fase preventiva, dando efficacia giuridica al *living will*[31] e prevenendo per quanto possibile la nascita di malformati attraverso l'assistenza

[30] S. FERRARI, *L'eutanasia...* cit., 280 e ss. sottolinea l'importanza della volontà nella scelta di porre fine alla vita e concorda con F. MANTOVANI, *Eutanasia*, Digesto delle discipline penalistiche, IV, Torino, 1990, 425 sulla «non coercibilità del vivere».

[31] Non ci nascondiamo tuttavia che anche il rispetto della volontà precedentemente dichiarata può sollevare non pochi problemi. Cfr. A. SANTOSUOSSO, *A proposito di living will e di advance directives: note per un dibattito*, in «Politica del diritto», sett. 1990, 447-97. Il problema, del rispetto della volontà validamente espressa, certamente carico di una minore drammaticità, emerge ad esempio nel caso dell'amministrazione dei sacramenti al moribondo che per tutta la vita ha fatto coerente professione di ateismo: sono sempre scelte che testimoniano dell'adesione ad una filosofia della vita e a valori che caratterizzano un'intera esistenza e che perciò vanno rispettati.

alla procreazione, va detto che proprio su questo aspetto si è soffermato per larga parte il dibattito del Senato al momento della definitiva approvazione del provvedimento[32]. Ciò ha fatto sì che pur restando immutato il testo della modifica dell'articolo 10 della citata legge, nella versione approvata dalla Camera, venisse profondamente modificato il questionario da compilarsi a cura del medico, introducendo delle garanzie a tutela degli affetti da disturbi psichici, ai fini di accertare la sussistenza di una valida manifestazione di volontà[33].

[32] A nostro avviso a dar fiato agli oppositori del provvedimento hanno contribuito più le incaute dichiarazioni del Governo, evocatore all'indomani del dibattito alla Camera di una futura legislazione che affrontasse con più attenzione il problema degli handicappati mentali e dell'assenza di consenso degli interessati, che il contenuto in sé compromissorio della norma approvata. Tanto più che il Governo dichiarava di voler avviare, contestualmente al varo della nuova normativa, una fase di sperimentazione dell'interruzione della vita per soggetti non in grado di esprimere autonomamente la propria volontà, ai fini di far empiricamente operare alla giurisprudenza, chiamata a esaminare i singoli casi una sorta di selezione di una casistica dalla quale far scaturire in futuro una ulteriore regolamentazione legislativa. Sul problema tra gli altri: W. MELIEF, *De zorg voor terminale patiënten en de omgang met euthanasievragen door hulpverleners in de thuiszorg en de intramurale zorg*, Den Haag, 1991. D'altra parte l'estrema pragmaticità del Governo e della società olandese fa ritenere del tutto naturale che, come in passato la giurisprudenza ha selezionato i casi di eutanasia per volontà espressa dall'interessato, contribuendo così a costruire la futura regolamentazione legislativa, altrettanto possa e debba avvenire per quanto concerne i casi nei quali è un altro soggetto a richiedere l'eutanasia. È, ad esempio, questo il caso degli affetti da mongolismo. Cfr.: H. MOCHEL, *Een grensgeval: het en mongooltje Bas*, Hilversum, 1990.

[33] Il questionario (vedi il testo pubblicato in appendice), è stato largamente rimaneggiato dopo il dibattito al Senato. In particolare sono stati modificati, rispetto al testo varato dalla Camera, il capo II, nel quale è stato introdotto il punto B con riferimento alla manifestazione del consenso da parte dei malati psichici. È stata poi meglio articolata la procedura di consultazione dei medici, prevista al capo IV, e sono state introdotte al capo V domande relative al coinvolgimento del personale paramedico e infermieristico e al responsabile della struttura ospedaliera, in considerazione del fatto che con la procedura varata l'interruzione della vita può avvenire anche in strutture ospedaliere, invece che a casa del malato, come succedeva nella gran parte dei casi quando queste procedure non erano regolamentate. Significativa infine la valorizzazione in ogni fase del procedimento del ruolo dei parenti che si concretizza nell'acquisizione obbligatoria del loro parere, introdotta anche accogliendo le richieste formulate durante il dibattimento da D66. La modifica del questionario, benché allegato alla legge con la quale si approva la revisione dell'art. 10 – trattandosi di atto amministrativo affidato alla competenza del Ministro della Giustizia e del Benessere, salute pubblica e cultura – ha potuto essere effettuata senza richiedere il ritorno della legge alla Camera per una nuova approvazione.

4. *Alla ricerca di limiti alla società medicalizzata*

Ciò che si coglie con difficoltà fuori dall'Olanda è la complessità e la ricchezza del dibattito sviluppatosi intorno all'eutanasia. Questo ha dato modo di discutere con profondità sulla società medicalizzata, cioè del grande potere che medici, pscicologi, istituzioni hanno assunto nel determinare tempi e condizioni di vita delle persone. Ciò che è stato messo in discussione, ponendosi il problema del controllo di tutti i tipi di MBL, è se il medico o la struttura sanitaria possono arrogarsi il potere di decidere, senza alcun controllo, della vita e dei modi di vita delle persone o non si debba piuttosto ripristinare il potere della persona su se stessa, in quanto portatrice di valori e di interessi originari ed originali. Non comprendere che un controllo sull'eutanasia così strutturato introduce il principio del controllo sul medico relativamente a tutti i suoi atti, banalizzare questo dibattito, sia pure per difendere le proprie posizioni, come ha fatto il Vaticano attraverso il suo organo di stampa ufficiale[34], se pur comprensibile, è stato motivo delle ovvie proteste di un Governo, tanto più significativo se si tiene conto del fatto che il suo Ministro della Giustizia è un cattolico osservante.

Il problema è certamente complesso ed è pur vero che il rispetto dell'individuo, della sua volontà, delle sue scelte, non può e non deve – a nostro avviso – essere scisso da un intervento positivo e solidale di aiuto verso i più deboli, verso coloro che hanno maggior

[34] Dopo la discussione svoltasi il 30 novembre al Senato vi è stata una dura presa di posizione vaticana Cfr. G. CONCETTI, *Verso il fondo dell'aberrazione*, in «L'Osservatore Romano», 2 dic. p. 2, nella quale si dice tra l'altro «Or non si comprende come rappresentanti del popolo, chiamati a promuovere i diritti umani e il bene della comunità possano osare di fare una legge che violi il diritto primordiale della persona umana, senza il quale nessun altro diritto può sussistere. (...) L'eutanasia fa parte della cultura della morte, di cui l'aborto, ne è la massima e più crudele espressione. (...) Non è vantaggioso né per l'individuo né per la società toccare il fondo dell'aberrazione. (...) E l'eutanasia è un male che va assolutamente rimproverato, senza equivoci e senza condizioni che potrebbero essere solamente ipocrite». A questo attacco il Ministro della Giustizia ha risposto con una nota ufficiale, redatta dal Capo dell'Ufficio Stampa del Ministero della Giustizia, inviata al Capo redattore de «L'Osservatore Romano», rilevando che «sembra che vi siano ancora da parte vostra molti malintesi circa il punto di vista olandese per quanto riguarda l'eutanasia. Addirittura ritengo di poter notare degli errori nel vostro resoconto. Mi sembra che una rettifica con i fatti sia giustificata». Cfr. *Staatscourant* del 3 dic. 1993, n. 233, p. 3. Alla dichiarazione veniva allegato, per buona nota, il testo riassuntivo di quanto discusso ed approvato dal Senato il 30 dicembre, tradotto in italiano e la richiesta del Ministro di essere intervistato dal giornale. Sulle reazioni della stampa italiana L. GENINAZZI, *In Olanda ultimo sì all'eutanasia*, in «Avvenire», 1 dic. 1993, p. 15.; R. BALDI, *Il Vaticano non capisce*, in «Il Corriere della sera», 3 dic. 1993, p. 9.

bisogno di essere sostenuti, anche materialmente, per vivere con «qualità» la vita. Altrimenti i rapporti sociali ed umani sono governati dalla logica di mercato, dal profitto, senza che la collettività intervenga dove istituzioni quali la famiglia, lo Stato, le stesse religioni hanno dimostrato i loro limiti.

D'altra parte una nuova etica di solidarietà fondata sull'amore, il rispetto degli altri, il comune desiderio di crescere e conoscere non solo come individui ma anche come comunità, perché la vita sia più degna di essere vissuta e più felice, è impraticabile quando una società non è disponibile a rimettere in discussione l'assetto dei rapporti produttivi e la distribuzione e gestione delle risorse materiali. Emergono perciò, inevitabilmente, contraddizioni insanabili che il diritto non può risolvere se non con la ricerca pragmatica di soluzioni di compromesso.

E in questo campo l'ordinamento olandese, facendo uso accorto ed intelligente del suo consociativismo, ha mostrato di avere grande capacità e di possedere collaudati strumenti legislativi.

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE CONCERNENTE LA DICHIARAZIONE DA TRASMETTERE AL MEDICO LEGALE, RELATIVA ALLA MORTE IN SEGUITO ALL'INTERRUZIONE DELLA VITA A DOMANDA DEL PAZIENTE, SOSTEGNO AL SUICIDIO O PER INTERVENTO MEDICO ATTIVO PER ACCORCIARE LA VITA SENZA RICHIESTA ESPLICITA DEL PAZIENTE, PREVISTA ALL'ARTICOLO 1.

Nel caso di interruzione della vita a domanda del paziente, assistenza al suicidio o per intervento medico attivo per abbreviare la vita senza richiesta esplicita da parte del paziente, voi dovete fare un rapporto scritto, completo e motivato, al medico legale comunale sulla base del dossier medico, in risposta al questionario. La menzione ritardata di questa dichiarazione non esclude l'applicazione degli articoli 287, 289, 293, 294 del codice penale.

Anamnesi

1. Di quale malattia si tratta e quale è la diagnosi principale e secondaria importante?
2. Quando sono state fatte queste diagnosi e cos'hanno stabilito?
3. Quale intervento medico è stato effettuato (medicine, terapie, operazioni)?
4. Chi erano i medici curanti, dove lavorano e quale è stata la loro diagnosi e la loro prognosi?
5. a. Si trattava di una sofferenza tale da non essere più sopportabile o da diventarlo per il paziente?
   b. In cosa consisteva questa sofferenza?
   c. Perché questa sofferenza poteva essere considerata come durevole e senza uscita?
   d. Su quale base è stato ritenuto, da un punto di vista medico, che la situazione nella quale si trovava il paziente in ogni caso conduceva ad una ulteriore crescita della sofferenza, già sentita dal paziente come insopportabile, al punto da impedirgli di morire con dignità?
   e. Secondo il suo parere quando sarebbe potuto avvenire naturalmente il decesso del paziente, non ricorrendo all'interruzione della vita su sua domanda o all'assistenza nel caso di «suicidio» o all'intervento attivo per accorciare la vita, senza richiesta esplicita del paziente al riguardo?
6. a. Esistevano delle possibilità per alleviare la sofferenza del paziente e ha discusso con lui queste possibilità?
   b. Che ne pensava il paziente?

II. Richiesta volontaria di interruzione della vita

A. *Interruzione della vita a domanda del paziente e aiuto al suicidio dei pazienti sofferenti di malattie fisiche*

1. Riguarda il caso di una richiesta posta in tutta libertà, molto esplicitamente e con insistenza da parte del paziente?
   (Se no passare al capo III. Interruzione attiva della vita in mancanza di una richiesta esplicita del paziente).
2. Quando e a chi questa domanda è stata fatta per primo? Quando e a chi è stata rinnovata?
3. Il paziente ha espresso la sua volontà per iscritto? Se sì, allegare la dichiarazione a questo rapporto. Se no, qual è la ragione?
4. Al momento della sua richiesta il paziente era assolutamente consapevole della natura della stessa e della sua situazione fisica al momento in cui ha formulato la richiesta?
5. La questione dell'interruzione della vita è stata affrontata con dei parenti?
   a. se sì con chi e qual era la loro opinione?
   b. se no, perché?

B. *Interruzione della vita a domanda del paziente e aiuto al suicidio per il paziente sofferente di malattia psichica*

1. Si tratta di una domanda costante e meditata del paziente espressa in tutta libertà e con insistenza?
2. Quando e a chi questa richiesta è stata fatta la prima volta? Quando e a chi questa domanda è stata ripetuta?
3. Il paziente ha fatto conoscere la sua volontà per iscritto? Se sì, allegare la dichiarazione a questo rapporto. Se no, qual è la ragione?
4. Secondo Lei, medico, il paziente poteva essere interamente cosciente della portata della sua richiesta e della sua situazione, vista la natura della malattia?
5. Le risulta che il paziente era interamente cosciente della portata della sua richiesta e della sua situazione psichica al momento in cui ha formulato la sua domanda?
   a. Vi erano possibilità (mediche terapeutiche o di altro tipo) per alleviare la sofferenza del paziente o per guarirlo?
   b. Se sì, vi risulta che il paziente ha rifiutato questa possibilità?
6. La questione dell'interruzione della vita è stata discussa con dei parenti?
   Se sì, con chi e qual era la loro opinione ? Se no, perché?

III. Interruzione attiva della vita in mancanza di una richiesta esplicita del paziente

1. Per quale causa il paziente non ha formulato una richiesta esplicita al momento dell'atto avente per effetto di accorciare la vita?

2. C'è stata una dichiarazione (scritta o orale) del paziente in materia d'interruzione della vita?
   a. Se sì, qual è stato il testo di questa dichiarazione, quando e a chi è stata fatta?
   b. Se no, in quale momento è stata posta la questione per sapere se era necessario intervenire per abbreviare la vita e perché è stata posta la questione?
3. Quali altre considerazioni hanno determinato la decisione del medico e il momento dell'intervento?
4. La questione dell'interruzione della vita è stata discussa con dei parenti e/o con un rappresentante legale?
   a. Se sì qual è stata la loro opinione? Se no, perché?

IV. Consultazione

(Questi punti si applicano al capo II. Richiesta volontaria d'interruzione della vita e III. Interruzione attiva della vita in mancanza di una richiesta esplicita del paziente).

1. a. Quale/quali medico/i è/sono stato/i consultato/i?
   b. In quale veste (medico generico/specialista/psichiatra o altro)
   c. Quando il o i medici consultati hanno visto il paziente?
   d. Dove sono reperibili?
   e. A quali conclusioni sono giunti nel loro rapporto inviato a voi?
2. Questo punto si applica soltanto se il paziente soffre di una malattia psichica (vedi capo II).
   a. Quale/i psichiatra/i e/o altre persone conoscono lo stato psichico del paziente e sono stati consultati, oltre ai medici menzionati al punto 1 di questo capo?
   b. Quando lui o essi hanno visto il paziente e come hanno lui/essi raggiunto le loro conclusioni?
   d. Dove sono reperibili?
   e. A quali conclusioni sono giunti nel loro rapporto inviato a voi?
3. Quali sono le conclusioni del/dei medici consultati su:
   a. lo stato del paziente e la presumibile scadenza entro la quale può avvenire il decesso?
   b. le altre modalità da mettere eventualmente in opera?
   c. la libertà, la riflessione e la costanza della richiesta del paziente?

V. Applicazione della morte indotta

1. Quando, dove, da parte di chi, come e con quale mezzo è divenuta effettiva l'interruzione della vita?
2. Sono state raccolte informazioni preventive sulle modalità applicate e se sì, dove e/o in che modo?
3. a. Voi eravate presente al momento dell'interruzione effettiva della vita?
   b. Chi era presente, a parte voi, al momento dell'interruzione effettiva della vita e dove è reperibile?
4. Al momento dell'interruzione effettiva della vita vi è stata una concertazione con il capo del servizio e/o il personale infermieristico/paramedico e/o con infermieri visitatori?
   a. Se sì, con chi, quando; e qual è la loro opinione?
   b. Se no, perché?
5. Quando e in quale maniera la direzione della struttura ospedaliera è stata informata dell'interruzione effettiva della vita?