

Eutanasia: terminologia e prassi clinica

Wim J. Eijk

Rolduc, Kerkrade, Paesi Bassi

«*A subitanea et improvvisa morte, libera nos, Domine*» (Da una morte subitanea e improvvisa liberaci, Signore), così recita una preghiera tradizionale. Il cattolico credente non voleva morire senza essersi potuto preparare coscientemente alla morte e aver ricevuto gli ultimi sacramenti. Il ventesimo secolo mostra, però, in quasi ogni campo, anche in quello della morte, una rottura culturale. Il tabù dominante su tutto ciò che concerne la sofferenza, la morte e il morire fa sì che una morte veloce, preferibilmente improvvisa, con la quale non si viene messo a confronto, viene vista come ideale. Il nostro tempo è caratterizzato dalla repressione della sofferenza. L'uomo di oggi aspetta dalla tecnologia in genere e particolarmente dall'assistenza sanitaria tecnicizzata una soluzione per tutti i problemi, anche per un problema profondamente umano come la sofferenza. Se il medico non riesce più, con tutti i suoi mezzi tecnici, a sconfiggere la malattia di cui soffre l'uomo, ci si aspetta da lui ancora una risposta tecnica. Per un numero sempre maggiore di uomini nei paesi sviluppati dell'Occidente questa risposta comprende l'eutanasia.

Discussioni sull'eutanasia si arenano spesso, perché non si adoperano concetti ben definiti. Dopo aver visitato, tra gli altri, il cardinale Sodano, della Segreteria di Stato del Vaticano, per spiegare la regolamentazione olandese dell'eutanasia, il ministro degli esteri dei Paesi Bassi disse in un'intervista alla televisione il 26 marzo scorso che aveva imparato nella sua gioventù cattolica che non si deve mentire: «ma qui si mente, perché negli ambienti vaticani si sostiene che nei Paesi Bassi ci sono 20.000 casi di eutanasia all'anno, mentre il numero è molto più basso». Come vedremo, la causa principale è che si usano definizioni molto diverse del termine "eutanasia". Così si corre il rischio che certi atti e decisioni mediche, che hanno come effetto quello di abbreviare la vita, non vengano riconosciute come eutanasia oppure vengano definite semplicemente come tali senza sfumature. Per un'analisi corretta della prassi clinica dell'eutanasia, indispensabile per un'analisi etica, è necessario adoperare un apparato di concetti ben preciso. Per arrivare a questo bisogna prestare attenzione anche allo sviluppo storico del concetto di eutanasia.

1. IL TERMINE EUTANASIA

a. Il significato originale

Letteralmente tradotta la parola greca *euthanasia* significa "morire bene" o "una buona morte". Nell'antichità classica poteva avere vari significati: una morte mite senza sofferenze, una morte onorevole sul campo di battaglia o una morte per la quale il moribondo può rinunciare facilmente alla vita. La parola eutanasia si avvicina ancora di più al significato moderno nella descrizione della morte dell'imperatore Augusto da parte di Gaio Svetonio Tranquillo. L'imperatore ebbe un «*exitus facilis*» come aveva sempre sperato. «Perché ogni volta che aveva sentito che qualcuno era morto rapidamente e senza sofferenze, desiderava per se stesso e i suoi parenti una tale *euthanasia*; soleva, infatti, usare questa parola»¹. Con questa si intendeva, però, la morte spontanea e non il provocare in maniera attiva il termine della vita. Non era, comunque, un termine medico.²

Il primo a mettere l'eutanasia in relazione con l'assistenza sanitaria fu il filosofo inglese Francis Bacon (1561-1626) nel suo libro *De dignitate et augmentis scientiarum*, là dove si riferisce alla descrizione della morte dell'imperatore Augusto

¹ Suetonius, *De vita Caesarum*, 2, 99, in: Suetonius, J. C. Rolfe (ed.), London/New York: William Heinemann/The Macmillan Co., 1914, vol. I, p. 280.

² Per l'uso del termine "eutanasia" nell'antichità classica, cfr. W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een Rooms-Katholiek standpunt inzake euthanasie*, Brugge: Tabor, 1987, pp. 37-39.

secondo Svetonio: «Sono addirittura del parere che evidentemente il compito del medico non sia solamente ristabilire la salute, ma anche lenire il dolore e il tormento causato dalla malattia: e questo non soltanto perché tale lenimento del dolore, come se fosse un sintomo pericoloso, realizzerebbe la guarigione; ma, al contrario, anche perché ha soltanto cura che il paziente muoia in modo calmo e gradevole, quando ha ormai perduto ogni speranza di guarigione. Così questa “eutanasia” che l'imperatore Augusto desiderava tanto per se stesso, non è una piccola parte della felicità»³. La preoccupazione per questa “*euthanasia exterior*” (un terminare la vita senza dolori), da distinguere dall’“*euthanasia interior*” (la preparazione spirituale alla morte) è, secondo il Bacon, uno dei compiti specifici del medico, quando la malattia risulta in-guaribile.

S'incontra, inoltre, il termine eutanasia nel libro *De euthanasia medica*, pubblicato da Zacharias Philippus Schulz nel 1735 e in cui l'autore dà una descrizione clinico-scientifica della morte dolce.⁴

Il concetto di eutanasia conquistò una posizione stabile nella medicina con l'intervento di Nicola Paradys. Nella sua conferenza dal titolo *Oratio de EUTHANASIA Naturali* tenuta l'8 febbraio 1794 (il giorno dell'anniversario della fondazione dell'Università di Leida) in occasione del suo congedo come Rettore magnifico, oppose l'eutanasia naturale, la morte naturale dolce, all'eutanasia morale, la preparazione psicologica e religiosa alla morte riferendosi alla distinzione del Bacon fra eutanasia interna e eutanasia esterna⁵. Questa conferenza fu per una serie di medici tedeschi nella prima metà del secolo diciannovesimo un motivo per prestare particolarmente attenzione all'eutanasia. Con questo si verifica uno spostamento del significato. Eutanasia non significò, per loro, la morte naturale dolce in sé, ma l'arte del medico di lenire il processo del morire⁶. Così Reil parla di «Euthanasie, oder von den Hülften erträglich zu sterben» (Eutanasia o dell'arte del morire in modo sopportabile)⁷. Che non si pensasse all'eutanasia attiva nel senso odierno risulta dal fatto che si rifiuta nel modo più energico l'accelerazione intenzionale del processo di morte.⁸

³ Francis Bacon, *De dignitate en augmentis scientiarum*, l. IV, c. II, in: *Francisci Baconi (baronis de Verulamio) Opera Omnia*, Francofurti ad Moenum: impensis Joannis Baptistae Schönwetteri, Typis Matthei Kempfferi, 1665, p. 108.

⁴ Michael Alberti et Zacharias Philippus Schulz, *Dissertatio inauguralis medica. Vom leichten Todt*, Halae-Magdeburgica, 1735. Il libro fu pubblicato da Michael Alberti (professore di medicina a Halle, morto 1757).

⁵ Nicolaas Paradys, *Oratio de EUTHANASIA Naturali et quid ad eam conciliandam medicina valeat*, Lugdunum Batavorum, 1794.

⁶ W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, op. cit., pp. 231-233.

⁷ J. Chr. Reil, *Entwurf einer allgemeinen Therapie*, Halle: in der Curtschen Buchhandlung, 1816, p. 560.

⁸ W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, op. cit., pp. 215-218.

b. La nascita del significato odierno

Si fa un passo avanti nello sviluppo del concetto moderno di eutanasia nel libro di Lecky *History of European Morals from Augustin to Charlemagne* (La storia della morale europea da sant'Agostino a Carlo Magno), pubblicato nel 1869, che descrivendo alcuni casi di suicidio nell'antichità in relazione ad una malattia mortale e inguaribile mette l'eutanasia in collegamento con il suicidio: «Questo concetto di suicidio come un'eutanasia, un superare della miseria della malattia, e una garanzia contra il peso dell'età, non era limitato a trattati filosofici»⁹. Viene associata qui l'eutanasia al provocare vero e proprio della morte.

Il passo definitivo verso il concetto odierno di eutanasia fu fatto dall'insegnante e saggista inglese Samuel Williams e dal giornalista Lionel Tollemache. Quest'ultimo in un articolo considerevole nella *Fortnightly Review* (annata 1973) difese l'eutanasia nel senso che attribuiamo ancora a questo termine. Eutanasia significa secondo lui «che in casi di una malattia inguaribile e dolorosa sarebbe permesso ai medici amministrare con il consenso del paziente e dopo aver preso tutte le misure precauzionali necessarie un anestetico talmente forte [Tollemache nomina in questo contesto cloroformio, E.] da rendere superflui tutti gli anestetici; in breve, che ci sarebbe una sorte di suicidio legalizzato per delega»¹⁰. Questa definizione contiene alcuni elementi che d'allora in poi determinano il significato del termine eutanasia. Il motivo per porre termine intenzionalmente alla vita è, in primo luogo, una malattia inguaribile che causa sofferenze considerate insopportabili. Ed è il medico ad effettuare l'atto mortale.

Nella definizione del Tollemache l'eutanasia implica il consenso del paziente ed è affine all'assistenza al suicidio. Si distingue, in genere, fra l'eutanasia e il suicidio nel modo seguente. Si parla di eutanasia, quando è il medico a compiere l'atto mortale. Assistenza al suicidio significa che è lo stesso paziente ad effettuare l'atto mortale con mezzi che altri, all'occorrenza il medico, gli hanno procurato a questo scopo¹¹. L'eutanasia si verificherà in genere, quindi, nel caso di pazienti indeboliti nella fase terminale, perché possono difficilmente porre termine alla vita con le proprie forze e hanno bisogno, perciò, dell'aiuto di altri. Anche il motivo è spesso diverso. Nel caso di suicidio l'interessato non vuole continuare la vita a causa di avversità, handicap fisici o malattie che portano ad un'invalidità, o di malattia psichiatrica. L'eutanasia ha normalmente come scopo l'evitare una fine offuscata da malattia e da sofferenze.

⁹ W. E. H. Lecky, *History of European Morals from Augustin to Charlemagne*, London: Longmans, Green and Co., 1869, vol. I, p. 233.

¹⁰ L. A. Tollemache, «The cure for incurables», *Fortnightly Review* 13 (1873) pp. 218-230, qui citato da una miscellanea di saggi pubblicata più tardi: L.A. Tollemache, *Stones of Stumbling*, London: William Rice, 1895, pp. 1-31; citazione da pp. 1-2.

¹¹ L. E. Kalkman-Bogerd, «Juridische aspecten van stervensbegeleiding», *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*, XXII, marzo 1990, pp. 204-205.

Eutanasia è, però, un termine tutt'altro che chiaro. In altri paesi non si segue la definizione del Tollemache. Il medico e filosofo americano Engelhardt riserva esplicitamente il termine eutanasia unicamente al porre termine alla vita *senza* la richiesta o la consapevolezza del paziente: «Definirò una tale prassi eutanasia quando manca un attuale consenso competente, ma c'è soltanto un consenso presunto, coll'intento di distinguerla dal suicidio e perfino dal suicidio assistito, in cui un individuo competente che sta per morire causa la propria morte, sia da solo sia mediante l'aiuto di un altro». ¹²

A questo punto ci vuole una distinzione ulteriore fra eutanasia volontaria, non volontaria e involontaria, una distinzione che, per maggiore chiarezza, adopererò anche qui. L'eutanasia volontaria è quella che avviene su richiesta o, per lo meno, con la consapevolezza del paziente, mentre l'eutanasia involontaria si effettua contro la sua volontà. Una forma intermedia è l'eutanasia non volontaria, dove non si conosce la volontà del paziente, per esempio perché si trova in coma o non è capace di volere. In questo caso si potrebbe soltanto presumere il consenso del paziente.

In un editoriale del *Boston Medical and Surgical Journal* del 1884, intitolato «Permissive euthanasia», si fece, per quanto si sappia, per la prima volta, una distinzione fra eutanasia attiva ed eutanasia passiva: «... benché non vorremmo mai diventare distruttori della vita, sospettiamo che pochi medici abbiano evitato la suggestione seguendo la politica di *laissez aller* in un caso disperato di una sofferenza prolungata, stando da parte passivamente e rinunciando a ogni tentativo ulteriore di prolungare la vita che è divenuta un tormento per il suo proprietario» ¹³. Benché si parli nel titolo di eutanasia “permissiva”, vengono opposti nell'articolo stesso anche i termini “attiva” e “passiva”, che si usavano generalmente negli anni sessanta e settanta di questo secolo. Per eutanasia attiva si intende il porre termine alla vita o l'abbreviarla quale effetto di un atto mortale eseguito, per lo più, da un medico. Se si abbrevia la vita, perché il medico non effettua o interrompe una cura che prolunga la vita, si parla di eutanasia passiva. Anche la Congregazione per la Dottrina della Fede include ambedue le modalità nella sua definizione di eutanasia: «... l'atto o l'omissione di un atto che causa la morte di per sé o intenzionalmente, affinché si elimini ogni sofferenza». ¹⁴

L'espressione «che causa la morte di per sé o intenzionalmente» si riferisce alla distinzione classica fra uccisione diretta ed indiretta, che è rilevante anche per analiz-

¹² H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 317; negli Stati Uniti si usa a volte il termine “eutanasia” sia per la soppressione volontaria della vita sia per quella non-volontaria, cfr. A. L. Back, J. I. Wallace, H. E. Starks, R. A. Pearlman, «Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State», *Journal of the American Medical Association* 275 (1996), nr. 12, p. 923.

¹³ «Permissive euthanasia», *Boston Medical and Surgical Journal* 110 (1884), pp. 19-20; citazione da p. 20.

¹⁴ S. Congregatio pro doctrina fidei, «Declaratio de euthanasia», *AAS* 72 (1980), p. 546.

zare il mondo dell'eutanasia. Se il porre termine alla vita è un effetto intenzionale o un mezzo per porre termine alla sofferenza di un paziente, si parla di un'uccisione diretta. La cessazione della vita può essere, in certi casi, un effetto collaterale o indiretto di atti e decisioni mediche. In questo senso alcuni hanno fatto una distinzione fra "eutanasia diretta" ed "indiretta", non sempre con un contenuto chiaro e preciso, come vedremo ancora più avanti.¹⁵

Benché le distinzioni fra l'eutanasia attiva e passiva e quella fra uccisione diretta e indiretta negli ultimi anni abbiano perso molto della loro popolarità, soprattutto negli ambienti non cattolici, sono utili, a mio parere, sia nel caso di una visione etica chiara che nella discussione riguardante la prassi clinica dell'eutanasia.

2. L'EUTANASIA ATTIVA COME UCCISIONE DIRETTA

Per molto tempo l'eutanasia attiva diretta era considerata dai medici un atto diametralmente opposto alla loro etica professionale che implicava l'obbligo di impegnarsi per la conservazione della vita umana fino al limite del possibile. Fino alla nascita, negli anni trenta, della medicina moderna, si conosce nella letteratura un solo medico che abbia pubblicamente difeso l'eutanasia. Si tratta di un certo Dr. Gregory che nel 1906 presentò un progetto di legge al senato dello Iowa, in cui si stabiliva «che persone sofferenti di una malattia o ferita disperata e bambini gravemente deformati o idioti dovrebbero essere messi fuori dall'esistenza mediante la somministrazione di un anestetico»¹⁶. Il suo progetto fu, del resto, respinto. C'è da notare che soprattutto tra il clero protestante nelle regioni anglosassoni vi erano parecchi difensori dell'eutanasia. Nel 1903 il pastore protestante Merle St. Claire Wright, nel suo discorso in occasione del banchetto annuale della New York State Medical Association, lanciò l'idea di dividere la città di New York in due distretti e di costituire in ogni distretto una commissione che avrebbe potuto autorizzare dei medici ad uccidere dei malati inguaribili. La Presidenza dell'American Medical Association condannò il discorso del pastore protestante¹⁷. Nel 1931 la redazione del *British Medical Journal* disse con un sospiro: «... è degno di nota che i chierici sembrano considerare la vita umana meno sacra dei medici».¹⁸

Negli anni trenta si verifica su questo punto un cambiamento evidente. La Voluntary Euthanasia Legalization Society, fondata in Inghilterra nel 1935, contava fra i suoi 268 membri 70 medici¹⁹. La redazione del *British Medical Journal* prende

¹⁵ *Encyclopedia of bioethics*, ed. W. T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. I, pp. 272-274.

¹⁶ «Euthanasia», *British Medical Journal* (1906)¹, p. 638.

¹⁷ I. Van der Sluis, «The movement for euthanasia 1875-1975», *Janus* 66 (1979), pp. 134-135.

¹⁸ «Euthanasia», *British Medical Journal*, (1913)²⁻², p. 1450.

¹⁹ *British Medical Journal* (1937)¹, p. 522.

allora una posizione neutra nella discussione riguardante l'eutanasia.²⁰

La prassi dell'eutanasia involontaria nella Germania nazista e l'impegno dei medici in questo campo rese l'eutanasia un tema impopolare negli anni successivi alla Seconda Guerra Mondiale. C'è da notare che proprio nei Paesi Bassi, dove l'aborto provocato fu legalizzato soltanto all'inizio degli anni ottanta, l'eutanasia invece sia stata molto prima accettata, anche dai medici, su vasta scala. Quando nel 1969 l'ordinario di psichiatria all'Università di Leida prese posizione pubblicamente in favore della legalizzazione dell'eutanasia attiva diretta, sollevò un uragano di proteste²¹. Alla fine degli anni settanta si applicava l'eutanasia, sia nella forma volontaria che in quella senza richiesta del paziente, già frequentemente nella parte occidentale del paese. Nella metà degli anni ottanta questa prassi si diffondeva per tutta l'Olanda. Questo fenomeno è dovuto alla secolarizzazione rapidissima degli anni sessanta, accompagnata dalla nascita dell'etica autonoma, una diminuita capacità di incassare la sofferenza e di integrarla nella vita, come conseguenza dello scomparire di una spiritualità cristiana vissuta, il sorgere della società dei consumi e della diminuzione della solidarietà.

Nel 1991 il van der Maas *cum suis* pubblicò i risultati di una grande ricerca, eseguita per incarico della Commissione Rummelink e concernente la prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi. Ne risultò che nei Paesi Bassi si poterono registrare, nel 1990, 2.300 casi di eutanasia volontaria, 400 casi di assistenza medica al suicidio e 1.000 casi in cui si è posto termine alla vita senza richiesta²². Alla fine di novembre 1996 una commissione d'inchiesta, presieduta da van der Maas e van der Wal, pubblicò un secondo rapporto sulla prassi dell'eutanasia, riguardante il 1995: ne risultò che il numero dei casi di eutanasia volontaria era salito a 3.200, mentre quello dei casi di assistenza al suicidio era rimasto più o meno uguale; il numero dei casi in cui si poneva termine alla vita senza richiesta esplicita sarebbe calato leggermente a 900²³. Il numero di richieste di eutanasia "a suo tempo" era salito da 25.100 nel 1990 a 34.500 nel 1995 e quello di richieste di eutanasia "in un prossimo futuro" era salito, per lo stesso periodo, da 8.900 a 9.700.²⁴

²⁰ Cfr. «Voluntary euthanasia», *British Medical Journal* (1931)², pp. 754-755; «Voluntary euthanasia», *British Medical Journal* (1932)², pp. 321-322; «Voluntary euthanasia», *British Medical Journal* (1935)², pp. 1052-1053; «Voluntary euthanasia», *British Medical Journal* (1935)², pp. 1168-1169; «Voluntary euthanasia», *British Medical Journal* (1935)², p. 856, con una proposta di legge per la legalizzazione dell'eutanasia volontaria, che fu rigettato il 1 dicembre 1936 nel "House of Lords": cfr. «Voluntary euthanasia. Debate in the Lords», *British Medical Journal* (1936)², pp. 1232-1234.

²¹ J. H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk: G. F. Callenbach, 1969.

²² 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*, l'Aia: Casa Editrice Sdu, 1991, pp. 141-142; 144-145.

²³ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, l'Aia: Casa Editrice Sdu, 1996, pp. 53 e 65.

²⁴ *Ibid.*, p. 52.

a. *L'eutanasia volontaria e l'assistenza al suicidio**Opinioni*

Più interessanti ancora sono i dati concernenti le opinioni dei medici. Dall'inchiesta riguardante la prassi dell'eutanasia durante il 1995 risultò che l'88% accettava in linea di principio l'eutanasia volontaria e l'assistenza al suicidio. Il 53% aveva effettuato già eutanasia e/o aveva dato assistenza al suicidio, mentre il 35% si dichiarò disposto a prendere in considerazione un'eventuale richiesta in proposito. Soltanto il 12% respinse l'eutanasia in tutte le situazioni. Queste cifre sono praticamente uguali a quelle del 1990.²⁵

Del resto, non ci si deve sbarazzare dell'eutanasia come di una questione puramente olandese, benché la percentuale dei difensori dell'eutanasia fra medici in altri paesi sia, in genere, più bassa. In Belgio è il 54% (1993)²⁶, mentre in una inchiesta in Gran Bretagna nel 1987 il 30% dei medici di famiglia diceva essere favorevole all'eutanasia volontaria²⁷. Un'inchiesta più recente (1992-1993) mostra che il 32% dei medici di famiglia e specialisti in una certa regione dell'Inghilterra, che hanno ricevuto una richiesta di porre termine effettivamente alla vita di un paziente, l'ha concessa²⁸. Nelle inchieste belghe e inglesi qui rammentate non si fece una distinzione ulteriore fra eutanasia e assistenza al suicidio.

Fuori dell'Europa si osserva la stessa tendenza. A giudicare da un'inchiesta fra i medici dello Stato di Washington (dicembre 1994-gennaio 1995) il 12% di loro ricevette una o più richieste esplicite per l'assistenza al suicidio e il 4% una o più richieste per l'eutanasia (volontaria). Al 24% dei pazienti che chiesero l'assistenza al suicidio furono prescritti i mezzi adeguati, ma soltanto il 21% ne fece uso. Il 14% delle richieste per eutanasia fu accettato. In questa inchiesta, a cui parteciparono 828 medici su 1.453 interpellati, risultò un solo caso di eutanasia attiva non richiesta dal paziente: si trattava di una donna che non era capace di intendere e volere e il cui marito prese l'iniziativa²⁹. Un risultato interessante di un'inchiesta fra pazienti che soffrivano di tumori maligni e oncologi dimostrò che quasi due terzi dei pazienti, come della popolazione in genere, considerava l'eutanasia e l'assistenza al suicidio accettabile nel caso di dolori persistenti. Soltanto il 22,7% degli oncologi era, al contrario, d'accordo per l'eutanasia, e il 45,5% per l'assistenza al suicidio per la ragione indicata.³⁰

²⁵ *Ibid.*, p. 51.

²⁶ «Wie bent u, dokter?», *Artsenkrant* 14 (1993), edizione speciale, 21 dicembre 21, p. 19.

²⁷ «The attitude of GPs to voluntary euthanasia», *British Medical Journal* 294 (1987), p. 1294.

²⁸ B. J. Ward, P. A. Tate, «Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia», *British Medical Journal* 308 (1994), pp. 1332-1334.

²⁹ A. L. Back, et al., «Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State», *op. cit.*, pp. 919-925.

³⁰ E. J. Emanuel, D. L. Fairclough, E. R. Daniels, B. R. Clarridge, «Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public», *The Lancet* 347 (1996), June 29, pp. 1805-1810. Cfr. particolarmente la tabella 2 a p. 1807.

I medici dello Stato dell'Oregon, dove fu approvato per referendum nel 1994 il *Death with Dignity Act* che permette l'assistenza al suicidio, mostrano più disponibilità all'assistenza al suicidio. Qui il 60% delle persone che risposero considera, in una inchiesta fra 3.944 medici in totale, accettabile l'assistenza al suicidio in certe situazioni e il 46% sarebbe disposto a dare i mezzi letali, non appena fosse stata definitivamente sanzionata tale normativa³¹. Alla fine del giugno scorso, la Corte Suprema degli Stati Uniti ha dichiarato, con unanimità di voti, che la Costituzione non concede il diritto di eutanasia volontaria ai malati terminali, confermando la validità delle leggi promulgate dagli Stati di Washington e New York, in cui l'assistenza medica alla cessazione della vita a richiesta è stabilita come un atto punibile. Siccome le autorità mediche dello Stato dell'Oregon avevano inteso usare fondi federali per pagare i medici che hanno praticato l'eutanasia, il Congresso ha deciso, già nel mese di aprile, di proibire il finanziamento dell'eutanasia in questo modo^{31bis}.

Un'inchiesta fra i medici nell'Australia del Sud eseguita nel 1991 fece vedere che il 45% degli intervistati è favorevole ad una legalizzazione dell'eutanasia attiva in certe situazioni, mentre il 19% avrebbe già effettuato atti con cui hanno posto termine alla vita di pazienti. Nel 1995 il parlamento del territorio settentrionale dell'Australia approvò i *Rights of the Terminally Ill Act*. Questa legge permette l'eutanasia volontaria nel caso di una malattia terminale, se questa conduce alla morte senza l'applicazione di mezzi straordinari o con un trattamento accettabile per il paziente e mancano possibilità palliative³². Questa legge può contare su un appoggio ampio della popolazione, dato che più del 75% è favorevole all'eutanasia³³. D'altronde il parlamento e il senato australiano hanno annullato questa legge territoriale.³⁴

Motivi

Per quanto riguarda i pazienti che muoiono per eutanasia volontaria o per suicidio, salta agli occhi che la ripartizione per età è completamente diversa da quella del totale dei morti nei Paesi Bassi. Quasi la metà dei casi di eutanasia e assistenza al suicidio riguarda categorie di età al di sotto dei 65 anni, mentre questo numero è relativamente molto più basso nel caso delle categorie di età superiori³⁵. Un'età avanzata non sembra essere in sé una ragione per far luogo all'eutanasia. La maggior parte delle persone su cui è stata effettuata l'eutanasia o l'assistenza al suicidio, soffriva di cancro (80%). Gli

³¹ M. A. Lee, H. D. Nelson, V. P. Tilden, L. Ganzini, T. A. Schmidt, S. W. Tolle, «Legalizing assisted suicide—Views of physicians in Oregon», *The New England Journal of Medicine* 334 (1996), nr. 5, pp. 310-315.

^{31bis} «La eutanasia no es un derecho constitucional», *Aceprensa* 28 (1997), n. 26, 9 giugno, p. 102.

³² Il testo di questa legge è stato completamente stampato in un articolo di P. Singer, «The legalisation of voluntary euthanasia in the Northern Territory», *Bioethics* 9 (1995), nr. 5, pp. 419-436.

³³ *Ibid.*, p. 420.

³⁴ «Australiërs draaien euthanasiewet terug», *Limburgs Dagblad* (1997), 25 marzo, p. 5.

³⁵ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde ...*, op. cit., pp. 53-54.

altri soffrivano di una malattia al cuore o vascolare (3%), affezioni neurologiche (4%), malattie polmonari (2%) o altre affezioni (11%)³⁶. Nell'83% dei casi non sarebbe stata più disponibile una terapia alternativa, nel 17 sì³⁷. In questo caso aveva influito decisamente la richiesta del paziente. Dall'inchiesta riguardante la cessazione della vita provocata da parte di medici a Washington risultò una ripartizione diversa: il 41% soffriva di cancro, il 15% di una malattia neurologica, il 13% di AIDS, il 9% di "Chronic Obstructive Pulmonary Disease", 6% di malattie cardiache e il 13% di altre malattie.³⁸

Nei Paesi Bassi i motivi addotti dal paziente nel richiedere che venga posto fine alla sua vita o di essere aiutato a farlo, risultano, in percentuale decrescente: sofferenza insopportabile e senza speranza (74%), l'evitare una morte che ha come effetto la lenta distruzione dello splendore del corpo (56%), l'evitare sofferenze ulteriori (47%), sofferenza senza senso (44%), dolore (32%), stanchezza di vivere (18%), l'evitare il soffocamento (18%), non volere più vivere a carico della famiglia (13%), l'evitare il dolore (10%)³⁹. Salta agli occhi che il dolore non viene più indicato come ragione principale⁴⁰. Un fattore molto importante è, come risulta dall'inchiesta e dall'esperienza dei medici, la paura dei pazienti che si farà di tutto per prolungare la vita. Le promesse del medico di non farlo e di fare di tutto per lenire i dolori basta per dissuadere la maggior parte dei pazienti dalla loro richiesta di porre termine alla loro vita. Secondo il professore di medicina all'Università di Nimega Michels persistono nella richiesta di eutanasia soprattutto quei pazienti che non hanno legami umani e si sentono abbandonati da parenti, conoscenti e amici.⁴¹

Mentre prima si procurava attivamente la morte soprattutto a causa di affezioni somatiche nella fase terminale, si può constatare negli ultimi anni un cambiamento al riguardo. Una commissione della "Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst" (l'Associazione Reale Neerlandese per la promozione della Medicina), della quale quasi tutti i 24.000 medici nei Paesi Bassi sono membri, la cosiddetta "Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (la Commissione per l'accettabilità del porre termine alla vita [abbreviata CAL]) nel suo rapporto *L'assistenza al suicidio nel caso di pazienti psichiatrici* pervenne alla conclusione seguente: «La commissione è convinta che il medico, in base alla sua responsabilità professionale, possa avere un ruolo legittimo nella richiesta di assistenza al suicidio da parte di un paziente con una grave affezione psichiatrica»⁴². Se si è

³⁶ *Ibid.*, pp. 54-55.

³⁷ *Ibid.*, p. 56.

³⁸ A. L. Back, et al., «Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State», *op. cit.*, p. 922.

³⁹ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde ...*, *op. cit.*, p. 57.

⁴⁰ Questo risulta anche da altre inchieste: cfr. E. J. Emanuel, et al., «Euthanasia and physician-assisted suicide...», *op. cit.*, p. 1809.

⁴¹ J. J. M. Michels, «De behoefte aan euthanasie», in: *Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de praktijk*, R. Stoekart (red.), Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984, pp. 35-48.

⁴² KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, *Discussienota Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*, Utrecht, 1993, p. 46.

sforzato al massimo di influire terapeuticamente sulla tendenza al suicidio dell'interessato e ha ponderato sufficientemente la sua richiesta, allora «il medico funziona da "custode delle chiavi" dei farmaci che possono provocare la morte, cosicché si può evitare un'eventuale alternativa dura e violenta»⁴³.

Nel 1993 erano in corso due procedimenti giuridici contro medici che dovevano comparire in tribunale a causa di assistenza al suicidio di uno dei loro pazienti affetti da depressione. La maggiore attenzione la richiamò il caso Chabot, un medico che aveva somministrato ad una donna cinquantenne le medicine con cui aveva posto termine alla sua vita; non voleva continuare a vivere, perché il suo matrimonio era fallito, il suo figlio maggiore era morto di un tumore maligno e il suo figlio minore era morto per suicidio. Rifiutò una cura psichiatrica per la sua depressione.

Siccome procurare attivamente il termine della vita è ancora formalmente vietato nei Paesi Bassi, lo Chabot fece appello alla forza maggiore in situazione di necessità. Per questo s'intende un conflitto di doveri, cioè un conflitto fra il dovere di proteggere la vita da una parte e quello di lenire o togliere le sofferenze del paziente dall'altra. Qualora quest'ultimo dovesse essere considerato impossibile senza il porre termine attivamente alla vita, i doveri in questione verrebbero in conflitto l'uno con l'altro e il medico si può richiamare alla situazione di necessità. Se si concede questo, si suppone che il medico abbia servito un interesse giuridico più alto, e deve quindi essere assolto. La situazione di necessità funziona da giustificazione. In genere nei Paesi Bassi si opta nella giurisprudenza già da anni per questa soluzione, per quanto riguarda i casi di eutanasia e assistenza al suicidio in base ad affezioni somatiche⁴⁴. Lo Chabot fu alla fine condannato dalla Corte Suprema, perché non aveva consultato un collega indipendente, il che fu considerato dalla Corte necessario nel caso di pazienti psichiatriche per verificare la loro capacità di intendere e volere, e controllare se non fosse possibile una cura alternativa. Del resto, per le circostanze particolari non gli fu inflitta alcuna punizione.

Un dato importante nella sentenza della Corte Suprema è che il richiamo alla situazione di necessità nel caso di assistenza al suicidio in base ad affezioni psichiatriche non viene escluso per principio, anche se non si tratta di una malattia somatica⁴⁵. L'opinione che l'assistenza al suicidio e l'eutanasia volontaria sarebbero accettabili anche fuori della fase terminale e per affezioni non somatiche viene condivisa dal Ministro della Giustizia attuale Sorgdrager e dal Ministro della Sanità Borst.⁴⁶

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Cfr. per un'esposizione critica della regolazione olandese dell'eutanasia W. J. Eijk, «Is the Dutch euthanasia regulation compatible with *Evangelium vitae*?», *Medicina e Morale* 46 (1996), nr. 3, pp. 469-481.

⁴⁵ *Nederlandse Jurisprudentie*, 1994, nr. 656.

⁴⁶ W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, «Euthanasie. De stand van zaken», *Medisch Contact* 50 (1995), nr. 12, pp. 382 e 384.

I mezzi usati per porre attivamente termine alla vita

Benché l'Admiraal, anestesista a Delft, abbia scritto già nel 1980, per incarico della "Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie" (Associazione Neerlandese per l'Eutanasia Volontaria), un opuscolo sugli aspetti tecnici dell'eutanasia, mandato a tutti i medici e farmacisti olandesi e tradotto anche in inglese, risulta che soprattutto un numero notevole di medici di famiglia hanno difficoltà ad abbreviare la vita dei loro pazienti, sicché in molti casi non si tratta di un'eutanasia vera e propria nel senso di una "morte buona e dolce". Da una ricerca svolta fra i medici olandesi tra il 1986 e il 1989 risultò che nel 12% dei casi si verificarono effetti non voluti o complicazioni, come, fra l'altro: il non riuscire a provocare la morte, o un subentrare troppo lento (6%)—del resto quasi esclusivamente nel caso dell'uso di oppiacei e preparati in combinazione con brallobarbitale—, o il subentrare in modo insufficiente dello stato comatoso (2%)—soprattutto nell'uso di diazepam, morfina o brallobarbitale un subentrare troppo veloce o imprevisto per cui muore il paziente, quando ancora è "attaccato all'ago"—e il verificarsi di effetti collaterali non desiderati, come mioclonie nell'uso di diazepam e cianosi estrema in caso di somministrazione di fleboclisi con alcuronio (1%).⁴⁷

A causa di questa problematica si è promossa una standardizzazione della preparazione delle ricette riguardanti l'eutanasia. La "Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie" (Associazione Reale Neerlandese per lo sviluppo della Farmacia) ha sconsigliato, nel suo rapporto tecnico⁴⁸, l'uso di oppioidi, insulina (adoperata ancora dal 4% dei medici nel 1987) e brallobarbitale. Questo rapporto può essere ordinato soltanto da medici in servizio e farmacisti, ma soltanto una minoranza l'ha fatto.

L'associazione "Farmaceutische Thuiszorg Noord-Holland" (L'Assistenza Farmaceutica a Domicilio della provincia dell'Olanda Settentrionale) ha redatto un protocollo per l'eutanasia attiva. Mette a disposizione, inoltre, pacchetti per l'eutanasia per farmacisti che hanno ricevuto richieste da medici di famiglia di medicine a questo scopo. Il metodo orale proposto dalla fondazione consiste nel cominciare l'assistenza al suicidio facendo prendere 3 grammi di destropropisofenoidrocloride con budino o yoghurt. Segue immediatamente la somministrazione di una bevanda con fra l'altro 9 grammi di pentobarbitale-natrio. Il giorno prima il paziente deve ingoiare un antiemetico per prevenire il vomito (per esempio, supposte a metoclopramide di 30 grammi 3 volte al giorno)⁴⁹. Questo è un metodo per il suicidio assistito. Il metodo

⁴⁷ G. van der Wal, J. Th. M. van Eijk, C. Spreeuwenberg, «Het gebruik van middelen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in de huisartsenpraktijk», *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992), pp. 1299-1305, particolarmente pp. 1302-1303.

⁴⁸ *Technisch rapport over euthanatica*, s'-Gravenhage: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 1987.

⁴⁹ Il metodo orale è recentemente stato adattato secondo le raccomandazioni nel *Technisch rapport over euthanatica*, s'-Gravenhage: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie,

intravenoso riguarda invece l'eutanasia: si provoca il coma per mezzo di un'iniezione di 2 grammi di tiopentalnatrio. Dopo che è subentrato il coma, viene posto termine alla vita entro 5 minuti con un'iniezione intravenosa di 10 ml. di alcuroniocloride (un rilassante muscolare).⁵⁰

Dall'inchiesta riguardante la prassi dell'eutanasia per il 1995 risultò che le informazioni sul modo in cui l'eutanasia dovrebbe essere effettuata dal punto di vista tecnico hanno avuto effetto: soltanto l'1% usava nel 1995 esclusivamente sedativi (contro il 15% nel 1990), il 90% soltanto rilassanti muscolari (53% nel 1990), il 4% soltanto morfina (11% nel 1990), il 4% morfina in combinazione con altri mezzi e combinazioni eccetto rilassanti muscolari (13% nel 1990) e l'1% altre medicine e combinazioni (8% nel 1990)⁵¹. Salta agli occhi soprattutto il forte aumento dell'uso di rilassanti muscolari. Mentre nel 1990 lo spazio fra l'inizio del procedimento e la morte era nel 67% dei casi al massimo un'ora e nel 27% da un'ora fino ad una giornata, nel 1995 era 85% resp. 11%.⁵²

Anche da inchieste in altri paesi è risultato che i medici non sanno sempre con quali mezzi l'eutanasia possa essere effettuata nel modo migliore dal punto di vista tecnico. Questo vale per la metà dei medici intervistati nell'Oregon, che oltre ai mezzi conosciuti pure nei Paesi Bassi adoperano anche tossici metabolici, antidepressivi tricyclici, alcool e medicine cardiache⁵³. Nello Stato di Washington i medici adoperano soprattutto oppiacei (66%) e inoltre barbiturici (37%) e benzodiazepini (24%), talvolta gli uni in combinazione con gli altri.⁵⁴

Una richiesta in piena libertà?

Una grande difficoltà segnalata sia dai difensori che dagli avversari dell'eutanasia riguarda il dubbio che la richiesta dell'eutanasia o dell'assistenza al suicidio venga veramente dal paziente interessato o sia fatta da lui in piena libertà. Nel caso di pazienti psichiatrici la capacità di intendere e di volere è, in un certo numero di casi, diminuita. Il CAL è, però, del parere che anche nel caso della capacità di intendere e di volere incompleta possa essere legittimo accogliere la richiesta dell'interessato⁵⁵. La stessa commissione constatò che "il suicidio a bilancio", il suicidio dove l'interessato è com-

1995. Il destropropisofenoidocloride è stato omissso e la somministrazione di metoclopramide ha luogo 30 minuti prima di quella del pento-barbital-natrio.

⁵⁰ M. T. Muller, B. D. Onwuteaka-Philipsen, J. M. Walkers, A. van Tellingen, G. van der Wal, «Standaardisatie van euthanaticareceptuur. Kennis, attitudes en gedrag van huisartsen», *Medisch Contact* 51 (1996), nr. 33/34, pp. 1059-1062.

⁵¹ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde* ..., op. cit., p. 58.

⁵² G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde* ..., op. cit., p. 59.

⁵³ M. A. Lee, et al., «Legalizing assisted suicide—Views of physicians in Oregon», op. cit., p. 313.

⁵⁴ A. L. Back, et al., «Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State», op. cit., p. 922.

⁵⁵ CAL, *Discussienota Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*, op. cit., p. 45.

pletamente capace di intendere e di volere e sceglie deliberatamente la morte, costituisce, di tutti i suicidi registrati, soltanto il 3-5%. Si tratta soprattutto di gente nella fase terminale di una malattia inguaribile⁵⁶. Perfino in questo caso ci si potrebbe domandare se chi è soggetto a paura, incertezza e dolore possa prendere così facilmente una decisione talmente drastica. Il *Death with Dignity Act* dell'Oregon pone come condizione per l'accettazione dell'assistenza medica al suicidio che il paziente scelga volontariamente nel senso vero e proprio della parola per la morte. In questo contesto si esige soprattutto che si escluda una depressione. La prassi dimostrerebbe, però, che un terzo dei medici si sente insicuro nel constatare una depressione e il 50% dei medici di pronto soccorso non ha preso in considerazione questa diagnosi.⁵⁷

A prescindere ancora dalla libertà personale diminuita del malato, si pone il problema dell'ambiente che può influire in modo decisivo. Secondo il Michels la richiesta dell'eutanasia viene di rado o mai dallo stesso paziente, ma la si può ridurre alla «proiezione dei sentimenti di coloro che lo circondano: "questa non è una vita", "io non vorrei continuare in quelle circostanze", ed è, quindi, il paziente a non voler più essere curato e, rispettivamente, vuole che si ponga fine alla sua vita».⁵⁸

b. Il porre termine alla vita senza richiesta

Nei Paesi Bassi dal principio degli anni novanta anche il porre termine alla vita senza richiesta ha guadagnato terreno rapidamente. In questo aveva un ruolo importante il CAL sopradetto con i suoi rapporti in cui difese il fatto di accettare di porre termine alla vita nel caso di neonati con difetti congeniti e pazienti che si trovano a lungo in stato comatoso⁵⁹. La maggior parte della commissione considera accettabile provocare la morte anche nel caso di pazienti gravemente dementi, ma soltanto se hanno formulato per iscritto una dichiarazione di volontà in tal senso, quando erano ancora capaci di intendere e di volere, o se si può ricostruire la loro volontà in base a dichiarazioni di parenti o conoscenti. La commissione non ha preso una posizione chiara nei riguardi dell'ammissibilità di porre termine attivamente alla vita nel caso di dementi, in assenza di una dichiarazione di volontà per iscritto e non può avere luogo una ricostruzione della loro volontà in modo convincente⁶⁰. La ricerca del van der Maas e collaboratori nel 1991 dimostrò che nei Paesi Bassi il 30% dei medici di famiglia, il 25% degli specialisti e il 10% dei medici di ospizi avevano po-

⁵⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁵⁷ M. A. Lee, et al., «Legalizing assisted suicide—Views of physicians in Oregon», *op. cit.*, pp. 313-314.

⁵⁸ J. J. M. Michels, «De behoefte aan euthanasie», *op. cit.*, p. 39.

⁵⁹ CAL, *Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel I: Zwaar-defecte pasgeborenen*, Utrecht: KNMG, 1990, p. 11; e *Deel II: Langdurig comateuze patiënten*, Utrecht: KNMG, 1991, p. 35.

⁶⁰ CAL, *Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel III: Ernstig demente patiënten*, Utrecht: KNMG, 1993, pp. 40-50.

sto termine, senza richiesta, alla vita di un paziente, per lo più in fase terminale.⁶¹

Nel marzo 1993 un ginecologo pose termine alla vita di una bambina di 3 giorni con idrocefalia, spina bifida e una lesione della spina dorsale somministrando ketaminal (un anestetico) e succinil (suxametonio, un rilassante muscolare). Il suo appello ad una situazione di necessità fu rinosciuto valido sia dal tribunale di Alkmaar⁶² che dalla corte di Amsterdam⁶³. Si fece così anche nel caso di un medico di famiglia che aveva provocato la morte di una bambina di 26 giorni, sofferente di trisomia 13, con stesolid (diapezam) e alloferin (alcuronio)⁶⁴. La commissione d'inchiesta presieduta dal van der Maas e dal van der Wal ha calcolato che il numero dei casi in cui si pose attivamente fine alla vita di un neonato ammonterebbe nel 1995 a 15 in totale.⁶⁵

3. L'ABBREVIAZIONE DELLA VITA COME EFFETTO INDIRETTO DELL'ATTENUAZIONE DEI SINTOMI DEL MORENTE

A causa di un certo numero di decisioni mediche può succedere che la vita del paziente venga abbreviata non intenzionalmente. Questa si chiama a volte "eutanasia indiretta". L'abbreviazione della vita non è, in questo caso, vista come un mezzo per porre termine alle sofferenze del paziente, ma è permessa puramente come un effetto indiretto o collaterale. Questa può essere una conseguenza o della somministrazione di forti analgesici oppure dell'interruzione o dell'omissione di una cura che potrebbe prolungare la vita.

Già fin dal principio della moderna discussione sull'eutanasia si segnalò che ci sono «situations closely resembling euthanasia» (situazioni che assomigliano molto all'eutanasia). «Supponete, per esempio, che un qualsiasi paziente sicuramente continuerebbe a soffrire per tutto un mese, abbandonato a se stesso e alla natura, ma che l'intensità delle sue sofferenze potrebbe essere attenuata con medicine, che comunque accelererebbero la fine inevitabile prevista di una settimana»⁶⁶, scrisse il Tollemache nel 1873. Ognuno lo sa e l'accetta. Ma, continua, «non è chiaro che, se si

⁶¹ P. J. van der Maas, J. J. M. van Delden, L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde...*, op. cit., pp. 46-47; L. Pijnenborg, P. J. van der Maas, J. J. M. van Delden, C. W. N. Looman, «Levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt», *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 (1994), pp. 1196-1197.

⁶² Arrondissementsrechtbank van (tribunale di) Alkmaar, Parketnummer 14.010021.95.

⁶³ Gerechtshof van (corte di) Amsterdam, Arrestnummer 23-002076-95.

⁶⁴ Arrondissementsrechtbank van (tribunale di) Groningen, Parketnummer 070093-95.

⁶⁵ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde...*, op. cit., p. 189; d'altronde questo è un numero contestabile, ma qui manca lo spazio per approfondire questo problema, cfr. W. J. Eijk, J. P. M. Lelkens, «Medical-ethical decisions and life-terminating actions in the Netherlands 1990-1995. Evaluation of the second survey of the practice of euthanasie» (sarà pubblicato).

⁶⁶ L. Tollemache, *Stones of stumbling*, op. cit., p. 10.

infrange la sacralità della vita, se si abbrevia la sua durata di un minimo, lo stesso ragionamento che giustifica l'abbreviazione di un minuto, giustificherebbe quella di un'ora, un giorno, una settimana, un mese, un anno: e che ogni appello ulteriore alla inviolabilità della vita è vano?»⁶⁷.

Il Tollemache dimentica, qui, che l'accettazione dell'abbreviazione della vita come effetto collaterale della somministrazione di analgesici più forti, in genere preparati di morfina, non implica necessariamente l'accettazione dell'eutanasia attiva diretta come mezzo per porre termine alle sofferenze. Il rischio di effetti collaterali viene assunto spesso deliberatamente e giustamente. Finché la serietà dei rischi è proporzionata alla prognosi della malattia, il principio dell'atto con duplice effetto è applicabile. Se non si può ridurre il dolore con analgesici semplici a proporzioni sopportabili, sono permessi mezzi più forti, anche se si potrà prevedere che con questo la vita sarà abbreviata. Siccome questo è un effetto indiretto o collaterale—finché la dose è finalizzata al lenire i dolori—si parla di eutanasia attiva indiretta.

Nella prassi si fa abuso, però, dell'aggettivo "indiretto" attribuendo ad esso un significato sbagliato. "Indiretto" viene inteso allora come un concetto temporale. L'eutanasia indiretta significherebbe una forma lenta di porre termine alla vita. Da una ricerca concernente la prassi dell'eutanasia negli ospedali, eseguita nel 1983, si ha l'impressione che in questo modo venga fatto abuso, talvolta, del concetto di "eutanasia attiva indiretta" per camuffare l'"eutanasia attiva diretta". Negli ospedali si verificherebbe meno frequentemente l'interruzione attiva della vita con un'unica iniezione che nella prassi del medico di famiglia. Più spesso si sceglie un metodo che dà meno nell'occhio, cioè aggiungendo regolarmente preparati eutanasi nella fleboclisi o somministrando morfina per mezzo di una piccola pompa. La dose adoperata in questo caso non è di rado superiore a ciò che è strettamente necessario per il lenimento delle sofferenze, ma è, di fatto, indirizzata all'accelerazione della morte. Anche se si tratta, in questo caso, di una forma lenta di morte, dal punto di vista etico è un'eutanasia attiva diretta, perché l'effetto a cui si mira è abbreviare la vita.⁶⁸

In questo contesto bisogna fare un'annotazione in margine all'inchiesta riguardante la prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi per l'anno 1995: nel 2,9%⁶⁹ di tutti i casi di morte la mitigazione dei dolori e di altri sintomi fu intensificata con l'intenzione esplicita di accelerare la fine della vita. Quest'ultimo non è, però, un effetto collaterale e potrebbe essere classificato, perciò, come un effetto diretto e un porre termine direttamente alla vita. Quei casi in cui ci si accordò con il paziente (52%⁷⁰ del 2,9%, 1,5% quindi di tutti i casi di morte nel 1995 [135.546], cioè 2.100 arrotondati) sono in fondo casi di eutanasia (volontaria). Quando non ci si è accordati con il pa-

⁶⁷ *Ibid.*, p. 11.

⁶⁸ H. W. A. Hilhorst, *Euthanasie in het ziekenhuis. De "zachte dood" bij ziekenhuispatiënten*, Lochem-Poperinge: De Tijdstroom, 1983, pp. 103-129.

⁶⁹ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde...*, op. cit., p. 77.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 80.

ziente (44%⁷¹ del 2,9%, 1,3% quindi del totale dei casi di morte, cioè 1.800 arrotondati) si tratta di soppressione attiva senza richiesta esplicita.

4. L'ABBREVIAZIONE DELLA VITA MEDIANTE L'OMISSIONE DI INTERVENTI MEDICI: UCCISIONE DIRETTA O INDIRETTA?

Nella discussione sull'eutanasia si fa notare spesso che per esempio interrompere la respirazione artificiale ha lo stesso effetto del somministrare una dose mortale di medicine. Entrambi gli atti conducono alla morte del paziente. Anche medici che respingono l'eutanasia attiva decideranno, in certi casi, di rinunciare ad interventi che prolunghino la vita. Se si accetta l'uno, perché non accettare anche l'altro? Se il medico può sospendere una cura, cosicché il paziente muoia, perché non gli è permesso fare un'iniezione mortale che ha lo stesso effetto? Così scrisse il Rachels: «Se un medico per motivi umani lascia morire un paziente, ha la stessa responsabilità morale, come se avesse fatto un'iniezione mortale per motivi umani»⁷². E' vero che lasciar morire è uguale ad uccidere?

a. *Lasciar morire è uccidere?*

In un esempio riportato dal Rachels questo è vero. Uno zio vede che suo nipotino scivola nella vasca da bagno, cade con la testa sull'orlo della vasca e sparisce in stato di incoscienza sotto l'acqua. Siccome vuole la sua eredità, non interviene, ma lo lascia annegare. Qualora il giudice venisse a sapere la vera gravità delle cose, lo considererà colpevole di omicidio. In questo caso lasciar morire è uguale a uccidere dal punto di vista etico. Ma se il nipotino cadesse da una barca in un fiume con vortici impetuosi, affollato di coccodrilli avidi, nessuno se la prenderà con lui, se non intraprende nessun tentativo di salvataggio. E' chiaro, comunque, che lasciar morire è talvolta uguale a uccidere e talvolta no.

Il van den Berg, colui che ha aperto la discussione sull'eutanasia nei Paesi Bassi, ha descritto nel suo libretto *Medische macht en medische ethiek* (Potere medico ed etica medica) un uomo che dall'infanzia era paralizzato a tutte e due le gambe⁷³. Più tardi nel corso della sua vita degenera la parte inferiore del corpo. Si producono piaghe da decubito e nell'ulcera che stenta a guarire si formano tumori maligni. L'unico mezzo per conservare la sua vita è l'emicorporectomia, un'amputazione della parte inferiore del corpo, le gambe, il bacino e una parte dell'addome. L'operazione viene eseguita con la conservazione dei reni e del fegato. Inoltre si fanno orifizi per le feci e le urine. Una fotografia nel libro sopradetto fa vedere un uomo il cui corpo è com-

⁷¹ *Ibid.*; nel 4% dei casi non si sapeva se il paziente fosse consultato o meno.

⁷² J. Rachels, «Active and Passive Euthanasia», *The New England Journal of Medicine* 292 (1975), p. 79.

⁷³ J. H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, op. cit., pp. 31-34.

posto da una testa, due braccia e un piccolo tronco che finisce poco sotto il torace. Nessuno avrebbe osato dire che questo uomo abbia voluto porre termine alla sua vita, se fosse morto dopo aver rifiutato questo intervento con mutilazioni di tal fatta. Questo è un esempio tipico del periodo dell'accanimento terapeutico, degli anni '50 e '60, quando i medici non avevano ancora abbastanza esperienza dell'applicazione di tecniche nuove.

b. Con quali criteri fare la distinzione?

Meno chiara è la distinzione fra uccidere e lasciar morire nel caso in cui si smette la somministrazione per esempio di antibiotici, insulina, cibo e liquidi. Questi sono mezzi con cui si può mantenere, in genere, un uomo in vita senza complicazioni. Nel 1990 si accese nei Paesi Bassi una violenta discussione su questo, in seguito alla problematica sorta intorno alla signora Stinissen-Swagermans che dopo un errore di anestesia per un taglio cesareo si trovava per 16 anni in uno stato vegetativo persistente e venne tenuta in vita con la somministrazione di cibo e liquidi tramite una sonda gastrica. Alcuni erano del parere che si doveva continuare, perché sarebbe stato un procedimento di assistenza e non medico⁷⁴. Questo è soltanto spostare il problema verso la domanda dove è il confine tra un procedimento di assistenza e un procedimento medico. Gli avversari considerano questo modo di somministrare liquidi e cibo «non-naturale» o «artificiale»⁷⁵, ma questo non è un argomento convincente. Alcuni pazienti a lungo in coma possono ingoiare il cibo senza molte difficoltà, se viene messo dietro la lingua, per il riflesso di deglutizione, il che neanche è, in senso stretto, un metodo «naturale» di ricevere cibo e liquidi. Altri vedevano questo modo di prolungare la vita come una terapia assurda⁷⁶. La distinzione fra umanamente adeguato e umanamente assurdo ha in sé il rischio che si passi facilmente alla domanda del senso della vita in sé della persona umana e si perda d'occhio che questo è un bene fondamentale e non puramente funzionale.

I teologi moralisti classici dal sedicesimo secolo in poi fecero una distinzione fra mezzi *ordinari* e *straordinari*. L'applicazione di mezzi ordinari per mantenere in vita era considerata obbligatoria, mentre si poteva rinunciare a mezzi straordinari, per esempio l'amputazione di una gamba, certamente nel periodo precedente all'impiego dell'anestesia. Nel quadro della medicina relativamente statica nei secoli scorsi non era in genere un grosso problema qualificare una cura medica come ordinaria o straordinaria. Ora la questione è molto più complicata a causa dei rapidi sviluppi della medicina. «Ordinario» o «straordinario» fanno pensare che si tratti di una terapia ri-

⁷⁴ H. van der Kolk, «Verhouding medische taak en verpleegkundige taak», *Vita Humana* 18 (1991), pp. 11-13.

⁷⁵ R. T. W. M. Thomeer, «Abstineren bij irreversibel coma», *Vita Humana* 17 (1990), p. 119; M. M. Plomp-van Harmelen, «Verhouding medische taak en verpleegkundige taak», *Vita Humana* 18 (1991), pp. 14-15.

⁷⁶ W. C. M. Klijn, W. Nieboer, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ethische analyse en waardering. Wet en recht*, Utrecht: Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen, 1984, pp. 17-18.

spettivamente “usuale” o “non usuale”. La respirazione artificiale era considerata, alla fine degli anni '40, senz'altro straordinaria nel senso di non usuale, rara o particolare, mentre appartiene oggi alla prassi giornaliera in ogni ospedale. Se sia straordinaria nel senso etico della parola, dipende da una serie di fattori. Si tratta, qui, da una parte di prendere in considerazione la possibilità di guarigione, la conservazione della vita e le condizioni che ci si possono aspettare del paziente, gli effetti collaterali e le complicazioni della cura stessa, oltre che l'investimento in energie e spese e dall'altra gli effetti negativi della cura..

Siccome si tratta, di fatto, della relazione esistente fra i vari gruppi di fattori accennati, il binomio *ordinario* e *straordinario* è stato sostituito, a partire dagli anni '70, con quello di *proporzionato* e *sproporzionato*⁷⁷. Nel caso dell'esempio portato dal Rachels, dello zio e del nipotino, lasciar morire è uguale a uccidere, perché esiste una relazione di proporzione fra i rischi e gli svantaggi del tentativo di salvataggio da una parte e la possibilità di successo dall'altra. Senz'altro questo è il caso dal momento che lui non ha nient'altro da fare che tirare fuori il nipotino dalla vasca da bagno. La relazione sopraddetta è manifestamente sproporzionata, se il tentativo di salvataggio significa tuffarsi, anche lui, nel fiume vorticoso pieno di coccodrilli per salvare il nipotino.

L'applicazione di questo criterio alla medicina comporta il quadro seguente. Smettere una cura che possa prolungare la vita con la conseguenza che il paziente muore, è uguale, dal punto di vista etico, all'eutanasia attiva diretta e viene chiamata, a ragione, eutanasia passiva, se la relazione fra i vantaggi e gli svantaggi è proporzionata. Qualora una persona che è completamente lucida potesse mantenere la sua vita senza molti rischi con un mezzo proporzionato come un derivato di penicillina, ma non ne facesse uso, non si può supporre altro che egli voglia la sua morte come un mezzo per evitare certi problemi. In questo caso si dovrebbe, infatti, parlare di eutanasia passiva *diretta*. Se qualcuno rinuncia a mezzi non proporzionati per mantenere la vita, allora la sua intenzione è *rinunciare* a uno scopo. Può darsi benissimo nello stesso tempo che spera di morire. Questo non è sbagliato in sé. Ma non usa la sua morte come un mezzo per porre termine alle sue sofferenze. Se si volesse adoperare per questo la parola eutanasia, si dovrebbe parlare di eutanasia passiva *indiretta*.

Anche se la distinzione fra mezzi proporzionati e non proporzionati è chiara, non dà una risposta concreta a tutte le domande. Gli interessati possono essere d'opinione diversa per quanto riguarda la valutazione delle proporzioni. L'uno vedrà una certa terapia ancora come proporzionata, mentre l'altro non la vede così. Non si può dare una risposta assoluta nemmeno nel caso della signora Stinissen. La somministrazione dei mezzi per l'eutanasia rientra direttamente nella norma che la persona umana non può essere usata come un oggetto strumentale. Si può capire, per-

⁷⁷ S. Congregatio pro doctrina fidei, «Declaratio de euthanasia», *op. cit.*, pp. 549-550. Cfr. W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, *op. cit.*, pp. 319-352.

ciò, che l'eutanasia non è permessa. La distinzione fra mezzi proporzionati e sproporzionati non rientra, dunque, nella norma, ma nel campo della sua applicazione.

5. INTERPRETAZIONE CORRETTA DELLA PRASSI CLINICA MEDIANTE UNA TERMINOLOGIA CORRETTA

A causa della confusione che s'incontra spesso nella discussione sull'eutanasia, esiste una forte tendenza a non usare più la distinzione fra eutanasia attiva e passiva. Alcuni hanno un'avversione ad usare questa distinzione, perché accettare l'uso dell'eutanasia implicherebbe, dal punto di vista logico, quella dell'eutanasia attiva. Altri, invece, vedono nel termine eutanasia passiva un tentativo di nascondere che l'interrompere un trattamento può avere, come l'eutanasia attiva diretta, anche l'abbreviare la vita come effetto inteso⁷⁸. Chi vuole mantenere il concetto di eutanasia passiva, farà bene, come abbiamo visto, a distinguere chiaramente fra l'eutanasia passiva diretta ed indiretta.

Che distinzioni e concetti chiari dal punto di vista etico, inclusa la distinzione fra eutanasia attiva e passiva e quella fra eutanasia diretta e indiretta, siano importanti per l'analisi di una prassi clinica quanto all'eutanasia, risulta dai dati della ricerca riguardante l'eutanasia nei Paesi Bassi nel 1995. La percentuale dei casi di morte in cui una cura che avrebbe prolungato la vita fu sospesa o non effettuata, aumentò dal 17,9% nel 1990 al 20,2% nel 1995. Questo aumento riguardava soprattutto la percentuale di casi in cui si rinunciava ad una cura con l'intenzione di accelerare la fine della vita. Nel 1990 questo ammontava al 8,7% (11.200 casi arrotondati) contro il 13,3% nel 1995 (18.000 casi arrotondati)⁷⁹. Non sono, questi, casi di cessazione della vita direttamente provocata? Questo è senz'altro il caso, quando il medico ha deciso, all'insaputa del paziente, di non effettuare (più) una cura con l'intenzione esplicita di accelerare la fine della vita. Questo riguardava il 62%⁸⁰ dei 18.000 casi, quindi 11.200 casi, che in fondo dovrebbero essere, perciò, qualificati come agire con lo scopo di provocare la morte senza la richiesta esplicita del paziente. Sembra, a prima vista, logico classificare i casi in cui si discuteva questa decisione con il paziente (37% dei 18.000 casi, quindi 6.600 casi) come eutanasia, ma questo non è giusto. Anche se il medico considera una cura adeguata, non è autorizzato a costringere un paziente che rifiuta quella terapia a subirla. Non si possono, quindi, attribuire questi casi al medico

⁷⁸ D. Tettamanzi, *Eutanasia. L'illusione della buona morte*, Casale Monferrato: Piemme, 1985, p. 24.

⁷⁹ G. van der Wal, P. J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde...*, op. cit., pp. 84 e 90.

⁸⁰ Cfr. la tabella 8.3 in: *Ibid.*, p. 87; nel 62% dei casi non si consultava il paziente e nel 37% sì, mentre non si sapeva nell'1% dei casi se una consultazione avesse avuto luogo.

come una forma di agire che ponga fine alla vita. Inoltre si rende così giustizia al concetto di eutanasia che si è sviluppato storicamente nel senso di un agire da parte del medico, come è stato esposto qui sopra.

Da tutto questo risulta chiaramente che per una buona analisi della prassi clinica dell'eutanasia ci vuole un apparato di concetti chiari come base. Se si applicano i concetti di eutanasia attiva diretta e indiretta o di eutanasia passiva diretta o indiretta, si viene ad un'interpretazione diversa dei dati forniti dall'inchiesta riguardante la prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi nel 1995. Le cifre qui riportate riguardo all'eutanasia, all'assistenza al suicidio e alla soppressione della vita sono molto più elevate, come si mostra nella tabella seguente:

CIFRE RIGUARDANTI TUTTE LE AZIONI CON CUI I MEDICI PONGONO FINE ALLA VITA DI PAZIENTI INTENZIONALMENTE NEI PAESI BASSI NEL 1995		
eutanasia	3.200	frequenze calcolate dalla commissione van der Wal e van der Maas: numero dei casi
suicidio assistito	400	
soppressione della vita senza richiesta	900	
attenuazione di dolore e altri sintomi con l'intenzione esplicita di accelerare la fine della vita con l'approvazione del paziente	2.100	cifre da aggiungere
attenuazione di dolore e altri sintomi con l'intenzione esplicita di accelerare la fine della vita all'insaputa del paziente	1.800	
smettere o non iniziare un trattamento che prolunghi la vita con l'intenzione esplicita di accelerare la fine della vita all'insaputa del paziente	11.200	
numero totale	19.600	

Il totale dei casi in cui i medici hanno agito con lo scopo di porre fine alla vita non ammonta, quindi, nel 1995 a 4.500, come dice la commissione, ma a 19.600, cioè quasi il 14,5% del totale dei casi di morte (135.546). Questo numero avvicina al numero di 20.000 negato dal ministero degli esteri dei Paesi Bassi, van Mierlo citato all'inizio. Se si vuole chiamare queste azioni eutanasia o meno, è una cosa secondaria. La sua definizione non è uguale nei vari paesi.

6. CONCLUSIONE

L'uomo è capace di sopportare molte avversità e di integrarle nella sua vita, se ha un buon rapporto con il suo Creatore e Redentore. In una cultura secolarizzata e iperindividualistica come quella odierna, che è fortemente caratterizzata da assenza di solidarietà, l'uomo ha, non di rado, interiormente l'impressione di essere abbandonato nella sua sofferenza. L'esperienza che gli ammalati senza legami umani perseverano in una richiesta di eutanasia è, in questo contesto, significativa. Spesso è un grido per attirare l'attenzione del prossimo. Non è l'eutanasia un aggiungere un ultimo rifiuto ad una serie di rifiuti che ha portato alla richiesta di eutanasia? L'eutanasia non è una soluzione per la tragicità profondamente umana della sofferenza, ma un tentativo di eliminarla per una via tecnica.

Abbiamo visto come medici nella prima metà del secolo scorso consideravano l'eutanasia un'arte medica per guidare il malato nel difficile cammino verso la morte. L'eutanasia è ora un termine con troppe implicanze che non si può più usare in questo contesto, ma ci potremmo ispirare al loro atteggiamento e al loro impegno. A confronto con loro disponiamo di un arsenale mai visto di mezzi per lenire la sofferenza. Dalla loro preoccupazione potremmo imparare a dare al prossimo che soffre ogni attenzione possibile di cui ha bisogno. Questo dovrebbe essere accompagnato dalla premura di far uso al massimo delle nostre possibilità tecniche, non soltanto per mantenere in vita, ma anche per rendere sopportabili la sofferenza e la morte, cosicché non nasca la richiesta dell'eutanasia. Così si può dare, anche nella fase terminale, un contributo medico importante a una nuova cultura della vita, alla quale ci chiama l'enciclica *Evangelium vitae*.

Riassunto. Discussioni sull'eutanasia si arenano spesso a causa di una mancanza di concetti ben definiti. In base allo sviluppo storico del termine, i vari tipi di eutanasia vengono distinti l'uno dall'altro. Con una terminologia chiara è possibile condurre un'analisi etica corretta della prassi clinica dell'eutanasia come è stata descritta in diverse inchieste nei Paesi Bassi, in altri paesi d'Europa e negli Stati Uniti, relative, fra l'altro, alla frequenza di eutanasia, alle varie opinioni sull'accettabilità del porre termine alla vita umana intenzionalmente e ai motivi per la richiesta di eutanasia. Una terminologia ben definita risulta particolarmente importante per distinguere alcune forme vere di eutanasia che spesso non sono classificate come tali nelle statistiche.

Résumé. Les discussions concernant l'euthanasie s'enlisent souvent en raison de l'absence de concepts bien définis. Le développement historique du terme permet de définir différents types d'euthanasie. Grâce à une terminologie claire, il est possible de procéder à une analyse éthique correcte de la pratique clinique de l'euthanasie, telle qu'elle a été décrite dans différentes enquêtes menées aux Pays Bas, dans d'autres pays d'Europe et aux Etats Unis, concernant entre autres la fréquence de l'euthanasie, les avis différents quant à la possibilité d'accepter d'arrêter intentionnellement la vie humaine et les raisons qui expliquent la demande d'euthanasie. Une terminologie bien définie apparaît particulièrement importante pour distinguer certaines formes vraies d'euthanasie, qui souvent ne sont pas classifiées en tant que telles dans les statistiques.

Summary. Discussions on euthanasia get often bogged down due to a deficiency of well defined concepts. On the basis of the historical development of the term the various forms of euthanasia are distinguished from each other. With a clear terminology one can correctly analyse the clinical praxis of euthanasia as it has been described in inquiries in the Netherlands, in other countries of Europe and the United States, with regard to the frequency of euthanasia, the opinions concerning its acceptability, and the motives for requiring euthanasia. A well defined terminology turns out to be particularly important in order to recognize true forms of euthanasia which are often not classified as such in statistics.

Inhaltsangabe. Diskussionen über Euthanasie versanden öfters mangels gut definierten Begriffen. Auf der Grundlage der geschichtlichen Entwicklung können die verschiedenen Formen von Euthanasie von einander unterschieden werden. Mit einer klaren Terminologie ist es möglich die klinische Praxis der Euthanasie korrekt zu analysieren wie sie beschrieben worden ist in Untersuchungen in den Niederlanden, in anderen Ländern von Europa und in den Vereinigten Staaten, im bezug auf die Frequenz der Euthanasie, die Meinungen über die Annehmbarkeit davon und die Beweggründe für die Bitte um Euthanasie. Eine gut definierte Terminologie zeigt sich besonders wichtig um wahre Formen von Euthanasie zu erkennen die in Statistiken öfters nicht als solches klassifiziert werden.