

## EUTHANASIA AND THE STATE OF HIGHER NECESSITY

### EUTANASIA E STATO DI NECESSITA

### EUTANAZJA A STAN WYŻSZEJ KONIECZNOŚCI

#### ABSTRACT

The euthanasia is a quite old phenomenon. This phenomenon could be met in the ancient cultures of the ancient world. Today, the euthanasia has been legalized in many European countries and also among others in Canada. In addition, the moral assessment of euthanasia changed, what raises far-reaching doctrinal, political and social divisions. The euthanasia itself is not a unequivocal phenomenon because in practice it is difficult to distinguish and evaluate many phenomena similar to euthanasia. This makes that the legal solutions resonate many doubts and even denial. Together with the development of medicine, it becomes possible to define the biological barriers of life and death. The study is to present different recently conducted disputes on the phenomenon of euthanasia.

#### STRESZCZENIE

Eutanazja jest zjawiskiem dość dawnym. Można z nim spotkać się w dawnych kulturach antycznego świata. Współcześnie eutanazja została zalegalizowana w wielu krajach europejskich, a także m.in. w Kanadzie. Zmieniła się również ocena moralna eutanazji, co budzi daleko idące podziały doktrynalne, polityczne i społeczne. Sama eutanazja nie jest też zjawiskiem jednoznacznym, gdyż w praktyce trudno jest odróżnić i ocenić wiele zjawisk podobnych do niej. To sprawia, że rozwiązania prawne budzą wiele wątpliwości czy nawet negacji. W miarę rozwoju medycyny coraz bardziej

staje się możliwe zdefiniowanie biologicznej bariery życia i śmierci. Przedmiotem opracowania jest przedstawienie różnych współcześnie prowadzonych sporów nad zjawiskiem eutanazji.

**KEYWORDS:** *euthanasia, right to die, right to live, form of euthanasia*

**SŁOWA KLUCZOWE:** *eutanazja, prawo do śmierci, prawo do życia, formy eutanazji*

## **DOVERE DI VITA O DIRITTO DI MORTE – ORIGINE E SVILUPPO NELLA STORIA**

Pur movendo dalle stesse premesse che hanno animato le discussioni realmente avvenute e basandosi sulle informazioni ottenute dall'analisi delle stesse, si è pensato di creare un dibattito, appunto, ipotetico, sul tema Eutanasia e stato di necessità. Nel momento in cui l'uomo scoprì che oltre a poter uccidere i suoi simili e gli animali aveva la possibilità di uccidere *se stesso*, l'atteggiamento che egli ebbe nei confronti della morte non fu più uguale a prima.

Non si saprà mai quale fu tra gli uomini antichi colui che, nella notte dei tempi, comprese di poter porre fine alla sua vita di propria mano, né le motivazioni che lo spinsero ad un gesto definitivo, resta il fatto che il suicidio è presente nella nostra società da sempre, come anche nella mitologia antica.

Nell'Egitto faraonico veniva concesso di suicidarsi al colpevole di alto rango che così sfuggiva ad una morte ignominiosa; la regina Cleopatra si sottrae alla prigionia presso Ottaviano compiendo un suicidio rituale: facendosi mordere dall'aspide velenoso.

Nella mitologia nordica Wotan accoglie nella Walhalla soltanto coloro che sono morti violentemente: i guerrieri ed i suicida.

Presso i Maya Ixtab, la Signora della corda, raffigurata appesa ad un capestro, era la dea dei *suicidae* questi andavano in paradiso proprio in quanto sacri.

La Grecia antica, inizialmente pare avere un atteggiamento di ripulso nei confronti del suicida, il cadavere veniva privato della mano destra e sepolta altrove, mentre il corpo veniva tumulato fuori dalle mura della polis. La radice semantica del termine suicidio: autoctonia, mantiene un valore forte, la morte di se è simile all'assassinio dei parenti, termine diverso da eutanasia: *eu*, buona e *tanatos*, morte.

Per contro, a Massila, se un cittadino riusciva a giustificare la sua scelta di morte gli veniva dato modo di eseguirla a spese dello stato, in tal modo il problema suicidio viene spostato di ottica, non più se farlo, bensì come farlo e con la maggiore dignità possibile.

Questa è la concezione del suicidio che viene tramandata ai Romani, i quali introdussero un contenuto emozionale del gesto suicida: uccidersi non è più male, è un banco di prova della *virtus* latina, concetto decantato in Macrobio, Seneca e, ancora, in Tertulliano ed è ripreso nel dodicesimo canto dell'Eneide: *usque adeone mori miserum est?*

La seppuku giapponese nasce da un'identica matrice ideologica; era il rituale del Samurai che si squarciava il ventre con una spada e successivamente veniva decapitato da un suo assistente.

Riferendoci, essenzialmente, alle considerazioni fatte dal documento dell'Oregon possiamo, inoltre, chiederci: se il paziente ha ancora quindici giorni prima di decidere della sua vita, chi ci assicura che non sarebbe stato il sedicesimo giorno o il ventesimo quello in cui avrebbe attuato la scelta più giusta; e ancora, temendo, come faceva Seneca che dichiarò di essere pronto a suicidarsi allorché la vecchiaia cominciasse a turbare la sua mente, di non essere in grado di suicidarsi una volta arrivati allo stadio terminale, potrebbero, i malati, uccidersi prima dei sei mesi o in ogni modo quando lo stadio della malattia non è quello terminale, e, infine, se è vero che il medico pur potendo prescrivere barbiturici non può però iniettarli al paziente, come è possibile per un paziente del tutto paralizzato poter agire auto procurandosi la morte?

A quest'ultima domanda ha, in qualche modo, risposto il Dr. Kevorkian: Dottor morte. Kevorkian aveva ideato e sviluppato la così detta *suicide-machien* che lasciava in dotazione al paziente il quale spingendo un solo bottone permetteva alla macchina di sprigionare droghe letali.

Quel che appare interessante sottolineare è però che solo dopo con il quinto processo, avvenuto in seguito alla trasmissione *60 Minutes* durante la quale un suo assistito di Kevorkian si è dato la morte, Dottor morte fu condannato: egli aveva *openely*, apertamente, ammesso ciò che faceva ed aveva fatto.

Nella sua sentenza, il giudice Jessica Cooper ha severamente criticato le azioni di Kevorkian: *Si è trattato di un'azione illegale, di una mancanza di rispetto verso una società che deve la sua esistenza alla forza del sistema legale.*

*Nessuno, signore, è al di sopra della legge, nessuno. Lei ha avuto la sfrontatezza di andare sulla televisione nazionale, di mostrare al mondo ciò che ha fatto e di sfidare il sistema legale a fermarla. Ebbene, signore, si consideri fermato. Nel caso in cui il dottore avesse agito nella discrezione del suo ospedale, è ipotizzabile che nessuno avrebbe indagato su di lui pur sapendo quel che avveniva? Cioè, in termini confacenti al tema che stiamo trattando, ci si può chiedere se sia, in questo caso, più importate il rispetto della vita o quello della tranquillità dell'opinione pubblica: poiché il medico mostra quel che fa, spezza il fronte compatto del silenzio-ignoranza con notizie che non vorremmo mai avere.*

Taluni studiosi americani ritengono che non sia possibile sulla base dell'autonomia individuale un diritto a ricevere l'assistenza di qualcuno per commettere un suicidio, poiché tale diritto imporrebbe un'obbligazione ad un altro soggetto, restringendo in questo modo l'autonomia di chi è chiamato ad assistere al suicida. Inoltre, se è vero che l'autonomia e la dignità dipendono dalla volontà e dalla scelta, sembrerebbe paradossale sostenere che l'autonomia possa approvare un atto che la ponga per sempre fuori dal gioco. La considerazione per cui, invece esisterebbe un diritto legale di morire giustificata nel fatto che non è possibile tracciare una precisa linea di demarcazione tra sospensione dei trattamenti e suicidio medicalmente assistito, ha portato alcuni giudici a concludere che se viene protetto il diritto di sospendere i trattamenti allora lo stesso vale per il suicidio medicalmente assistito.

L'approccio olandese non fa una grande differenza tra porre fine alla propria vita e togliere la vita agli altri, purchè, certo, vengano soddisfatte alcune condizioni specifiche che risultino attribuibili a forza maggiore.

## EUTANASIA

*“Quei cristiani poveri di qualsiasi colore, nei sobborghi e in campagna, che avevano il coraggio di mettere un veleno nel cibo dei loro arrabbiati per sottrarli all'orrore dei giorni postremi”* (Garcia Marques, 2010, p. 15), questa era ed è l'eutanasia attiva, consistente nell'uccisione di persona affetta da malattia incurabile.

Quando, invece, il medico si astiene dal praticare cure volte a tenere ancora in vita il malato si parla di eutanasia passiva; mentre se il medico agisce su richiesta esplicita del malato si tratta di eutanasia attiva volontaria.

Già ai tempi di Platone esisteva la così detta *eugenia*, la soppressione di persone portatrici di handicap, al fine di purificare la razza. Scriveva Platone: “*coloro che non sono sani di corpo saranno lasciati morire dai medici, mentre i giudici faranno uccidere chi ha l'anima naturalmente cattiva ed inguaribile*” (Platone III 410), e fu quel che, nel 1993, si propose il governo cinese attraverso una politica delle nascite che come suo principio aveva lo slogan meno nascite ma di qualità, utilizzato per pubblicizzare un programma politico legislativo sull'eutanasia al fine di eliminare i bambini congenitamente anormali e gli handicappati (Articolo apparso su La Stampa del 22/12/1993).

Invece Ippocrate, nel giuramento, scriveva: *non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestomi, né mai proporrò un tale consiglio, ugualmente non darò alle donne pessari per provocare l'aborto*, ma a far quel che Ippocrate non avrebbe mai fatto, ci pensò poi, in epoca precristiana a Marsiglia, lo Stato: il veleno di stato era una pozione di cicuta per mezzo della quale era concesso uccidersi a chi ne facesse istanza motivata, quando, fossero venute meno le condizioni personali e sociali, tali da rendere la vita non più dignitosa e di qualità (Marra, 1987, p. 34).

La differenza concettuale, per altro modo sottile, tra suicidio assistito, con cui si intende la pratica attraverso la quale il paziente viene informato circa gli strumenti di cui egli può avvalersi per togliersi la vita, ed eutanasia come *ultimo passo causale* compiuto da un medico, che porta il paziente alla morte, rende ancora più complessa la difficoltà di stabilire precisi confini tra casi moralmente ammissibili e casi universalmente considerati inaccettabili (Dworking, Frey, Bok, 2001, p. 123).

Quel che, in generale, si può affermare, giacchè rinvenibile negli ordinamenti giuridici della maggior parte degli stati europei, è che la dottrina penalistica è arrivata a qualificare come illecita l'eutanasia.

Un approfondimento di carattere filosofico e giuridico è stato lo scopo che si è prefisso il Convegno *Il diritto di morire bene* tenutosi, a Roma, per l'anno accademico 2000–2001 e organizzato dalla *Residenza Universitaria Lamaro-Pozzani e dalla Fondazione Luigi Einaudi per studi di politica ed economia* (Marsella, 2002, p. 26; D'Agostino, 1987, p. 43).

Ed infatti, come si evince chiaramente dal documento, i partecipanti si ripropongono di ottenere è una trattazione dell'argomento il più possibile

scevro da ogni pregiudizio culturale di qualsiasi natura laica o confessionale ma proprio per questo, cioè proprio perché sarà il punto di vista tecnico-giuridico a prevalere, la prospettiva attraverso la quale saranno condotti tali studi sarà per forza di cose limitata.

Ciò a cui, in sostanza, appare necessario arrivare è il punto di equilibrio tra i giudizi che, pur ritendendo ammissibile l'eutanasia, rifiutano la possibilità di una normativa per il timore che questa determini *una riduzione del livello di guardia nel rispetto della vita* e orientamenti che, viceversa, pur rifiutandone l'ammissibilità, non ritengano punibile l'autore dell'atto eutanastico giacché istituiscono *un parallelo di reato commesso in stato di necessità*; l'argomento sul quale, invece pare convergono all'unanimità tutte le riflessioni è *il rifiuto verso l'accanimento diagnostico-terapeutico*. L'accanimento diagnostico, come cita la Federazione nazionale dell'Ordine dei Medici, si ha quando un medico pur in presenza di prognosi infausta, continui a sottoporre un paziente ad esami e ricerche inutili.

La problematica di un eventuale *riduzione del livello di guardia nel rispetto della vita* è stata definita, da chi rigetta la legalizzazione dell'eutanasia, come la *china scivolosa* (Frey, 2001, p. 53) per la quale la permissibilità di atti come questo condurrebbe a precorrere il rischio di incorrere in abusi sempre maggiori fino ad arrivare *a forme di eutanasia involontario di tipo nazista* (Frey, 2001, p. 65), dall'altra parte, sostengono, invece, i fautori di una legalizzazione, *semplicemente temere l'insuccesso di eventuali forme di difesa non significa di per sé provare l'insuccesso di ciascuna di esse in particolare* (Frey, 2001, p. 56).

L'art. 14 del Codice di deontologia medica afferma che: *il medico deve astenersi dall'ostinazione di trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita* ed è lo stesso principio espresso dalla Chiesa, nella Dichiarazione sull'eutanasia del 1980 (paragr. 1.2 a pag. 19). Questa è la versione più recente approvata dal comitato centrale della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri il 3 ottobre 1998.

Appare evidente che dal dibattito emerge la contrapposizione tra il diritto alla vita in sé considerato e la dignità che alla vita va ricollegata, emerge, cioè, la differenza tra *essere vivi in senso puramente biologico, ed avere una*

*vita, cioè essere soggetti di decisioni, di aspettative e di progetti.* Il quesito che si impone nella discussione portata avanti nel dibattito riguarda la possibilità di riconnettere il diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Cost. all'art. 2 della stessa (diritto alla vita), o, piuttosto, all'art. 13 (libertà personale). Proprio in riferimento ad una presunta violazione del diritto alla vita sancito nell'articolo due della Convenzione dei diritti dell'Uomo del 1950, la signora Diane Pretty, il 19 marzo 2002, ha fatto ricorso presso la Corte europea dei diritti dell'Uomo, dopo che l'Alta Corte britannica glielo aveva negato, per permettere al marito di farla morire in pace prima di arrivare ad un degrado fisico intollerabile per la sua dignità di persona. I sette giudici riuniti per un mese in camera di Consiglio hanno rigettato la sua richiesta (Estratto dal sito: [www.rai.it/ReAInet/news](http://www.rai.it/ReAInet/news)).

Proprio in riferimento alla portata dell'art. 32 della Cost., quando al secondo comma recita: *Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*, si esprime nelle primissime righe il Disegno di Legge n. 4694 d'iniziativa dei senatori Manconi Carella e Pettinato, ritenendo che, *tuttavia, nonostante il preciso dettato costituzionale e l'affermazione del principio di autodeterminazione contenuta nelle regole deontologiche mediche, la pratica clinica del nostro Paese continua ad essere permeata da scarsa o sporadica informazione del paziente... tale atteggiamento determina di fatto la frequentissima esclusione della persona stessa dalla possibilità di intervenire nei momenti decisionali cruciali* (Comunicato alla presidenza il 29 giugno 2000). Due casi particolarmente dibattuti sulle pagine dei giornali, nella primavera del 2000: il caso di Eluana, da otto anni completamente immobile e priva di coscienza; il padre ha chiesto al tribunale il permesso di staccare il cannello nasogastrico che la teneva in vita, ma il permesso gli è stato negato. L'altro caso riguarda un uomo di Monza condannato a sei anni e mezzo per avere, due anni prima, staccato i fili che pompavano aria ai polmoni della moglie, in seguito assolto in quanto, a parere dei medici, la donna era già ritenuta morta.

Quello del consenso e della pietà sono solo due degli innumerevoli argomenti che vanno a comporre i diversi tipi di eutanasia, raggruppati tutti, però, *attorno al bilanciamento tra dignità della vita, sua intangibilità e libertà del singolo* (Casano, 2011, p. 3). Quando manca la pietà è ovvio che

non possa parlarsi di eutanasia, ma se a mancare è il consenso, per motivi di incapacità di intendere e di volere?

La proposta avanzata dal suddetto Disegno di Legge rinvenibile all'art. 3 quando recita che *ogni persona capace ha il diritto di esprimere il proprio consenso o rifiuto in relazione ai trattamenti sanitari che potranno in futuro essere prospettati. La dichiarazione di volontà può essere formulata e restare valida anche per il tempo successivo alla perdita della capacità naturale*, trova una sua estensione nella Convenzione di Oviedo approvata dal Consiglio d'Europa il 4 aprile 1997 e solo da poco ratificata dall'Italia (L. 28 marzo 2001, n. 145), che all'art. 9 introduce se non il principio del pieno valore vincolante del c.d. *living will*, di certo la sua rilevanza: *Saranno prese in considerazione le volontà espresse precedentemente in relazione all'intervento medico del paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimerle*. Disposizione che deve essere sottoscritta dal suo autore alla presenza di due testimoni, i quali non devono essere a lui legati da vincoli di parentela o affinità né destinatari dei suoi beni, né il medico curante o un dipendente di questo o della casa di cura; la disposizione deve essere stesa per iscritto su un formulario ben preciso.

E proprio in riferimento alla procedura del *living will* che taluni esprimono perplessità, *anzitutto sulla validità giuridica e morale di una volontà testamentaria espressa in anticipo, fuori dalle condizioni concrete di malattia, su un bene, che è la vita e non una cosa* (Sgreccia, 2007, p. 494–498).

Coloro che chiamano in causa un *capovolgimento etico – giuridico* del diritto alla vita, tipico della seconda metà del secolo XX, rinvergono nelle parole dell'*Evangelium vitae* n. 11 (del 25 marzo 1995) un ulteriore rafforzamento lì dove fa notare Giovanni Paolo II che la peculiarità, che distingue rispetto al passato, degli attentati contro la vita nascente e terminale sta nel fatto che tendono a *perdere, nella coscienza collettiva, il carattere di delitto e ad assumere paradossalmente quello del diritto*.

## L'EUTANASIA E LE SUE FORME

Secondo la dottrina l'eutanasia viene definita come “buona morte” o dolce morte e significa che la pratica consente di procurare la morte nel modo più indolore, rapido e incruento possibile a un essere umano, affetto da una malattia inguaribile e allo scopo di porre fine alla sua sofferenza.



Vediamo che il filosofo inglese Francio Bacon introdusse il termine eutanasia nelle lingue moderne occidentali con il saggio *Progresso della conoscenza* (1605). In realtà con tale termine Bacon intendeva dare il significato di aiutare il malato inguaribile che soffre a non essere abbandonato dai medici e non nel senso esplicito di dare la morte. Invece a partire dalla fine del XIX° secolo il termine eutanasia assunse il significato di porre fine alla sofferenza di una persona malata, configurandosi sempre più nel concetto di “uccisione per pietà”. Alla luce di tale definizione di eutanasia così scrive sulla sua natura S. Leone in *Nuovo Manuale di Bioetica*: “Per «eutanasia» possiamo intendere ogni azione o omissione compiuta per sopprimere la vita di un malato al fine lievitaragli sofferenze fisiche o psichiche. (...). La parte più importante della nozione di eutanasia, tuttavia, riguarda le peculiarità che, differenziandola apparentemente da altre forme di soppressione della vita, servirebbero a giustificare la liceità etica. In afferra si tratta della «giustificazione» del gesto, della motivazione «umanitaria» che rende l'eutanasia un omicidio pietoso. È importante sottolineare che le sofferenze evitate dall'eutanasia non sono solo quelle fisiche, a anche quelle psichiche” (Leone, 2007, p. 162–163).

Da tali considerazioni emerge come la definizione di eutanasia vuole porsi in realtà come un equivoco o un mascheramento del reale problema sottostante. Infatti spesso il malato per paura di essere un peso per la sua famiglia e per l'angoscia scaturita dal dolore, chiede di porre fine alla sua esistenza. In realtà dietro la richiesta di aiuto a morire da parte del paziente si nasconde una volontà di vivere accudito dal calore della famiglia e dei medici e di non essere abbandonato a se stesso (Morselli, 2015, p. 56).

Di conseguenza l'eutanasia come ritiene anche S. Leone diviene spesso strumento per alleviare le sofferenze psichiche dei familiari e non per aiutare il dolore psichico del malato. Pertanto è di fondamentale importanza conferire e restituire dignità al malato, in quanto nella società moderna il sofferente viene emarginato e non è più considerato dal momento che egli non è più funzione utile al benessere collettivo.

Vediamo che pur con le loro differenze, sia per l'etica laica che per l'etica cattolica l'uomo è portatore di ricchezza e valori verso l'umanità, per cui sopprimere la sua vita costituisce una lesione non solo al suo bene prezioso, ma anche a quello della società stessa, in quanto egli ne è membro.

Pertanto occorre riflettere sull'uso indiscriminato della definizione di eutanasia come uccisione pietosa.

Infatti emerge sempre più il fenomeno della giustificazione dell'eutanasia nel momento della sua applicazione fino a sconfinare, come nel caso dell'Olanda, ad usare l'eutanasia sui bambini malati ed affetto da gravi patologie dolorose, senza tener conto delle gravi conseguenze etiche per la società.

A tale riguardo altri esempi aberranti si possono fare quando si parla di eutanasia come quella eugenetica, usata per eliminare individui deformati o tarati allo scopo di migliorare la razza oppure l'eutanasia economica, che consiste nell'eliminazione di tutti coloro che sono di peso alla società, rappresentando solo un costo per essa.

Inoltre la definizione di eutanasia implica anche due importanti distinzioni: eutanasia attiva ed eutanasia passiva. Secondo la dottrina l'eutanasia attiva provoca attivamente la morte, utilizzando farmaci o sostanze ad effetto rapido ed indolore mentre l'eutanasia passiva procura indirettamente la morte del paziente ammalato, ossia mediante la sospensione delle cure palliative o di altri interventi artificiali di sostegno alla vita, aspettando così che il decesso avvenga in modo "naturale".

In definitiva si ha eutanasia attiva là dove il medico o chi per lui, interviene direttamente per procurare la morte di un paziente, ed eutanasia passiva là dove si ha astensione da interventi che manterrebbero la persona in vita.

Così scrive a tale riguardo D. Neri nella sua opera dal titolo *Eutanasia*: *“La distinzione tradizionalmente usata per rendere conto del punto di vista del personale sanitario nelle decisioni mediche di fine vita è quella tra eutanasia attiva (o positiva o diretta) ed eutanasia passiva (o negativa o indiretta). (...)*

*In effetti questa distinzione poteva risultare efficace per distinguere le differenti situazioni al tempo in cui (e per la verità, fino a non molti decenni fa) il medico non era pressochè in grado di «fare nulla» per evitare la morte imminente quando la malattia era giunta a un certo stadio. Oggi invece il medico può fare molte cose e spesso anche il semplice astenersi dall'evitare la morte richiede che «faccia qualcosa»: ad esempio, spegnere il respiratore automatico o togliere il sondino nasogastro per l'alimentazione e l'idratazione artificiale”* (Neri, 1995, p. 24–25).

Di conseguenza si rileva come la distinzione dell'eutanasia in attiva e passiva sia pressoché indifferente, in quanto sia l'agire che un'omissione rientrano su un piano di equivalenza.

Ciò che conta sul piano sostanziale è secondo Neri quello che l'agente intende dare o non fare, i risultati e le conseguenze che l'agente produce col suo fare o non fare ossia l'assunzione della sua responsabilità.

Tuttavia bisogna osservare che la distinzione di eutanasia in attiva e passiva anche se insignificante sul piano morale è utile per delineare lo spazio della responsabilità dell'agente che compie l'eutanasia e per porre dei limiti alle scelte discrezionali assunte dai medici in tale campo così delicato come quelle della morte del paziente.

A far luce su tale aspetto è il pensiero di E. Schockenhoff, il quale così spiega la funzione che assumono i due concetti attivo e passivo: *“I due concetti «attivo e passivo» intendono delimitare il campo della responsabilità, all'interno del quale noi dobbiamo assumerci la responsabilità di un evento, quale conseguenza di una nostra azione o di una nostra mancanza di azione. (...) La distinzione tra intervento attivo e comportamento passivo, tra fare o lasciar accadere, serve nelle zone di confine tra la vita e la morte a limitare il margine della reciproca responsabilità cui gli uomini possono far fronte. (...)*

*I due termini «attivo e passivo» e la distinzione tra uccidere e lasciar morire offrono un prezioso aiuto per orientarsi proprio quando si corre il pericolo di prendere delle decisioni discrezionali in questi campi limite, aiuto prezioso che può far prender coscienza della portata dei limiti della funzione medica”* (Schockenhoff, 1997, p. 202–207).

Tuttavia Schockenhoff mette in evidenza anche come sulla base di un'etica che valuti le conseguenze, non si rilevi una differenza sostanziale tra l'uccidere e il lasciar morire: *“Se prendiamo come base un'etica puramente attenta alle conseguenze, risultano vani tutti i tentativi di rispondere, risulta difficile rispondere, risulta difficile indicare una differenza moralmente significativa fra uccidere e lasciar morire perché il risultato, è che è in fondo l'unica cosa che conta, è alla fine sempre lo stesso, cioè la morte della persona”* (Schockenhoff, 1997, p. 207).

Dunque ciò che veramente importa dal punto di vista etico non è tanto la distinzione dell'eutanasia in forma attiva o passiva, ma la perdita della vita

umana, la quale prevale per la sua preziosità come bene assoluto e inalienabile su qualsiasi differenziazione terminologica.

Infatti secondo la dottrina l'azione dell'agente va valutata in tutti i suoi momenti che vanno dalla motivazione, al fine, ai mezzi e alle conseguenze prodotte dalla sua azione o dalla sua omissione. Tali momenti costituiscono una unità indissolubile per cui l'etica di fine vita deve porsi in una prospettiva solistica, considerando l'azione o l'omissione dell'agente in una visione completa, guardando al risultato finale: la morte del paziente.

Di conseguenza l'eutanasia, al di là delle distinzioni nelle sue forme di attiva e passiva, rappresenta la soppressione di una vita umana. La vita umana nella prospettiva cattolica e anche nella costituzione italiana è un bene inviolabile e intangibile, per cui il paziente morente va rispettato nella sua dignità di essere.

Così scrive a tale riguardo M.P. Faggioni nella sua opera dal titolo *“La vita nelle nostre mani”*: *“la dignità della persona e il valore della sua vita non possono essere vanificate dalle sue esperienze, neppure da quelle pi penose, perché, quando parliamo della dignità della vita umana non parliamo di un «valore per la persona» (...), ma parliamo di un valore che è nella persona, un valore, cioè che non è funzionale alla persona, ma intrinseco ad essa”* (Faggioni, 2004, p. 352).

In conclusione si può rilevare come il valore della vita umana vada oltre le distinzioni che si fanno nell'eutanasia, superando le barriere dell'indifferenza, dell'egoismo propri della nostra società moderna, per affrontare il primato dell'essere sull'avere, e trasformare allo stesso tempo il rifiuto verso la persona malata e sofferente nella sua accettazione, nel suo rispetto, nella sua accoglienza.

In tal modo, solo guardando al valore della vita umana, l'uomo diventerà responsabile di sé e della vita degli altri, recuperando il senso della dignità della persona umana nella sua centralità.

## **L'EUTANASIA E LA RESPONSABILITÀ PENALE DEL MEDICO**

Il dovere principale del medico è quello di salvaguardare la salute e la vita dell'uomo. Il codice italiano di deontologia medica del 1958 afferma all'art. 46 che: *“dal momento nel quale il medico assume la cura di un infermo, suo scopo*

*essenziale deve essere la conservazione della vita: neppure l'azione diretta al sollievo della sofferenza può contrastare tale principio”.*

Inoltre l'art. 50 dispone: *“un medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve assisterlo fino alla fine spiritualmente: non sempre si può guarire, ma sempre si deve aiutare a confortare”.*

Tuttavia il nuovo codice di deontologia medica della vita del 1995 a differenza del precedente, pone il problema dell'eutanasia attiva e passiva nell'art. 35, che così dispone: *“il medico, anche se richiesto dal paziente, non deve effettuare trattamenti diretti a menomare l'integrità psichica e fisica e abbreviare la vita o provocare la morte”.*

Al successivo art. 36 si precisa che: *“in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, il medico può limitare la sua opera, se tale è la specifica volontà del paziente, all'assistenza morale e alla terapia atti a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli i trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità della vita”.*

Infine, anche la raccomandazione n. 779/1976 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa tutela il malato e il morente davanti all'applicazione dell'eutanasia (art. 7): *“...il medico deve sforzarsi di placare le sofferenze e non ha il diritto, anche nei casi che sembrano disperati, di affrettare intenzionalmente il processo naturale della morte”.*

Da queste affermazioni si può comprendere che l'attività medica, deve seguire il principio del *“neminem laedere”*, per cui non si può ammettere l'eutanasia da parte del medico, adducendo motivi di pietà. Infatti il medico davanti alle sofferenze del malato ha il compito di attutirle e non di uccidere il malato per vincere il dolore. Lo scopo del medico è prolungare la vita del paziente il più a lungo possibile, non quella di abbreviarla.

Per F. Toscani la medicina negli ultimi anni ha subito un cambiamento profondo, dal momento che l'avanzamento della tecnologia rende possibili interventi sulla natura dell'uomo che in passato non erano neppure pensabili. Dall'altro lato il nascere di nuovi valori e il modificarsi di valori tradizionali ha cambiato non solo il rapporto medico-paziente ma anche il ruolo della intera medicina nella società.

Questo cambiamento è più intensamente rilevabile in settori quali: la genetica, i trapianti d'organo e la medicina palliativa come alternativa all'eutanasia.

Per la dottrina a tale riguardo il medico cerca con tecniche avanzate di prolungare la vita, con lo scopo di rallentare il corso naturale della morte. Infatti la salute diviene la vera meta da raggiungere e deve essere conseguita ad ogni costo poiché rappresenta il vero bene.

La natura, secondo una concezione che risale ad Ippocrate, pone limiti all'intervento del medico al di là dei quali non è lecito inoltrarsi.

Tuttavia secondo l'etica cristiana vi è anche la natura metafisica, che pone dei limiti alla scienza. Infatti il medico credente davanti alla morte si pone con un atteggiamento di pieno abbandono e di consolazione, in quanto ha compreso che la lotta contro la malattia, quando non vi è alcuna possibilità di guarigione, è priva di senso. Allo stesso modo il medico che ha fede e crede in una realtà ultima, che va oltre la finitezza umana non vede nella morte una sconfitta della tecnica medica. Ciò è dovuto al fatto che la morte non è semplicemente un accadimento, ma mostra la trascendenza, che Dio ha posto nella natura umana. Infatti l'uomo, seguendo la fede cristiana aiuta il malato a vivere la morte illuminato dalla certezza della fede in una vita eterna. Il morire nella fede diviene per il malato il passaggio necessario, per comprendere il senso autentico della vita. Pertanto è importante per l'uomo cristiano non ricorrere alla tecnica medica, per ostacolare l'evento della morte, dal momento che la morte viene interpretata come la porta, che apre all'orizzonte della vera vita: l'eternità.

Quindi l'accettazione della morte da parte dell'uomo cristiano implica una apertura verso la trascendenza e il collocarsi in uno spazio, che si proietta verso l'infinito, dove tutta la persona dell'uomo viene coinvolta e diviene partecipe del disegno di Dio. Certamente la fede non ha la capacità di cancellare il dramma della morte ma consente al credente di vedere una speranza oltre la morte: la resurrezione.

La forza della fede permette all'uomo di non alimentare l'angoscia della morte e con essa una possibile lotta contro la morte stessa attraverso la tecnica medica, per evitarla a tutti i costi. La potenza della fede trova la sua centralità nella figura del Cristo, che attraverso la sua crocifissione, sconfigge la morte, salvando l'uomo dal peccato e dal male.

La croce di Gesù diviene lo spartiacque tra il finito e l'infinito, il simbolo della rinuncia del proprio sé ed allo stesso tempo apertura verso l'amore universale dell'umanità da parte di Dio, che sacrifica suo figlio, per salvare

gli uomini. In tale prospettiva la morte fuoriesce dal contesto naturale, per diventare esperienza di libertà per l'uomo dal mondo contingente e momento di fede e di abbandono totale in Dio.

Per la dottrina si viene a creare un rapporto di relazionalità tra l'uomo e Dio dove la vita è considerata come valore sacro nella sua valenza di assolutezza ed intangibilità. Invece quando si sviluppa il rapporto UOMO-SCIENZA, la vita appare non più come un bene indisponibile, ma assume il carattere di disponibilità, per cui diventa uno “strumento” da parte dei medici. La vita allora non è più considerata nel suo valore intrinseco di bene morale ma si pone come oggetto di feticismo difeso ad oltranza con qualsiasi tecnica oltre i limiti consentiti, ciò potrebbe causare conseguenze negative quali: l'accanimento terapeutico, sperimentazioni cliniche sul malato. In tale modo l'uomo verrebbe ridotto a puro oggetto e la scienza diventerebbe il vero soggetto. Certamente per una scienza medica, che ha come scopo prioritario il dover di guarire a tutti i costi, il malato terminale rappresenta una sorta di fallimento. Infatti la parola malato terminale indica il paziente, che presenta una degenerazione progressiva degli organi e delle sue funzioni, dal momento che viene meno il meccanismo di autoregolazione, che consente ad un organismo di vivere. Il processo di degenerazione così iniziato ha come sito la morte. Occorre precisare che il problema “malato terminale” è relativamente nuovo per la società, in quanto si sono realizzate importanti conquiste, attraverso la scienza, che hanno portato l'allungamento non solo della vita, ma anche del processo finale di degenerazione fisica dei pazienti affetti da malattie croniche.

Tuttavia il malato terminale si trova in una condizione particolare diversa dagli altri pazienti come scrive F. Toscani: *“il malato terminale si differenzia da ogni altro paziente per lo svilupparsi e l'aggravarsi di quella particolare e complessa sofferenza che è stata definita come «dolore totale». La vicinanza della morte ed il precipitare delle condizioni fisiche inducono un progressivo deteriorarsi di ogni connotazione personale. L'identità corporea, il ruolo sociale, lo status economico, l'equilibrio psico-fisico, la sfera spirituale, il soddisfacimento dei bisogni primari. Un intervento corretto in un paziente terminale non può essere standardizzato: il malato inguaribile non può ottenere salute, ma può chiedere, ed ottenere qualità di vita”* (Toscani, 1994, p. 166–167).

Di conseguenza la medicina deve guardare più verso la persona e non verso la malattia, ponendosi in una visione olistica. Quindi la terapia deve essere un strumento in funzione dei bisogni del malato e non più rivolta a raggiungere la perfezione biologica. Vediamo che la medicina è il prodotto di una cultura vitalistica, che vede la morte come un simbolo negativo da rimuovere e la stessa morte del malato viene vista come una sconfitta.

Il medico cerca ogni modo di prostrarre la vita, tentando di rimuovere nell'inconscio collettivo la morte dall'ambito della natura.

Tuttavia il medico non può attuare una coercizione a vivere sul malato, quando quest'ultimo ha scelto di morire.

Quindi se il paziente sceglie di morire e il medico accerta l'inutilità delle cure, la sua astensione non violerebbe l'obbligo giuridico di intervenire. Il rispetto per la vita non deve portare il medico ad attuare un accanimento terapeutico sul paziente, che servirebbe solo a prolungare senza senso la sua agonia.

A tale riguardo occorre menzionare la posizione del Pappalardo, che è a favore della eutanasia attiva. Il Pappalardo pone una attenta riflessione sui neonati affetti da malformazioni teratologiche e sulla possibilità del ricorso dell'eutanasia per essi. Infatti egli pensa che la vita sia un bene soltanto quando essa sia utile e piacevole e che pertanto il divieto all'eutanasia è un anacronismo crudele (Pappalardo, 1972, p. 270).

Inoltre la raccomandazione n. 79/1976 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa, dispone:

- 1) il diritto all'informazione,
- 2) il diritto alle cure appropriate, nel rispetto della volontà, della dignità e dell'integrità del paziente,
- 3) il diritto di non soffrire inutilmente.

Quindi il trattamento medico si basa non solo sul consenso ma prima di tutto sull'informazione del paziente, che diviene partecipe delle scelte terapeutiche attuate dai medici. Il problema dell'informazione si pone, quando il malato sia inguaribile, e il medico gli deve comunicare la verità sul suo stato di salute. In tale caso si potrebbe arrecare un danno al malato, in quanto il paziente sapendo di morire potrebbe reagire negativamente all'uso delle terapie e cadere in una sorte di depressione e di isolamento dal mondo esterno.



Tuttavia alcuni esperti ritengono che tacere la verità al paziente significa violare il diritto del malato all'informazione e al consenso come scrive G. Giusti: *“La conoscenza della verità appare o come particolarmente importante anche in relazione con altri diritti, incontestabili, come quello del consenso al trattamento medico. E' infatti evidente che non è possibile dare un consenso valido in mancanza di una esatta informazione sugli scopi e le modalità del trattamento, che sono in funzione della malattia accertata o sospettata”* (Giusti, 1982, p. 55).

Del resto il paziente terminale ha diritto di essere informato sulle sue reali condizioni, per poter decidere se continuare le cure o scegliere di lasciarsi morire, per non prolungare la sua agonia.

Così scrive Giusti: *“E' anche vero che all'art. 5 del codice civile si afferma che gli atti disposizione del proprio corpo sono proibiti, quando cagionino una menomazione permanente, ma non si potrà logicamente parlare di menomazione permanente quando un soggetto morente decida di vivere serenamente la propria morte e di interrompere un'agonia che le tecniche rianimatorie tendono a prolungare il più possibile: il valore e la sacralità non possono venir compromessi se il morente, in piena lucidità e coscienza, decide di rinunciare alle conquiste del progresso medico”* (Giusti, 1982, p. 59).

Invece nel caso in cui il paziente rifiuti le cure e il medico impieghi la terapia contro la sua volontà, incorrerebbe nel reato di violenza privata e in quello di lesioni personali. Inoltre il medico che si astiene dal curare il paziente compie reato di omicidio per omissione, mentre risponderà di omicidio se volontariamente causa la morte del paziente. Tuttavia occorre precisare, che possono sorgere problemi di ordine medico legale riguardo alla individuazione delle responsabilità del medico. Basti pensare al caso del consenso carpito tramite suggestione da parte dei medici sul malato anziano o del malato inguaribile tenuto in terapia con analgesici narcotici, per alleviare il dolore, mentre in realtà si vuole conseguire la morte del paziente. Un altro caso quello della somministrazione di sostanze stupefacenti ai malati terminali, che porta inevitabilmente ad una alterazione psichica della volontà, esposta a possibili abusi da parte dei medici. Infine si possono configurare nei casi in cui i medici preferiscono dare la camera di rianimazione a pazienti giovani piuttosto che a quelli anziani o vengono

effettuate scelte di dimissioni anticipate dagli ospedali per malati anziani bisognosi di cure. Molti casi di eutanasia sfuggono all'accertamento, perché avvengono in condizioni difficili da stabilire. Vediamo che il medico ha lo scopo di portare un beneficio al paziente e non deve agire con l'intenzionalità di nuocere, per cui il chirurgo che opera e provoca involontariamente una lesione al paziente, non risponderà del reato di lesioni personali anche se vi è stato un esito negativo in quanto manca la fattispecie tipica del reato in esame. Infine il medico ha l'obbligo giuridico di tutelare la salute del paziente, in caso contrario risponderà penalmente ai sensi dell'art. 40 c.p. Occorre precisare che molti medici trovano scriminante al loro operato attraverso il consenso dell'avente diritto previsto dall'art. 50 c.p. Tuttavia l'art. 50 c.p. è un'esimente, che non riesce a giustificare tutti gli esiti dell'attività medica, in quanto non può coprire l'illiceità penale di quelle operazioni chirurgiche, che hanno portato alla morte del paziente. Certamente il consenso costituisce la tutela del diritto di libertà del paziente, per essere lecito, deve essere manifestato al medico senza alcuna coartazione esterna. Il consenso deve essere prestato personalmente dal paziente e immune da violenza, dolo.

Inoltre il consenso non può essere validamente disposto da persona minore di anni diciotto.

Così scrive G. Iadecola: *“in assenza, infatti, di una disposizione speciale in materia, non può che essere applicata la norma generale, che è quella dettata dall'art. 2 del codice civile il quale (...) prevede che «con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa; per i soggetti minori degli anni 14 (...), il consenso può essere validamente prestato dal legale rappresentante, il quale dovrà determinarsi sempre nell'interesse del paziente». Se sorge un conflitto di interessi tra il soggetto ed il legale rappresentante, il medico potrà richiedere l'intervento del giudice perché lo risolva nel modo più vantaggioso per il minore secondo le norme del codice civile”* (Iadecola, 1993, p. 11–12).

Infine il consenso deve implicare le informazioni più esaurienti possibili per il paziente e può essere revocato prima che compia il trattamento medico. Tuttavia se l'interruzione dell'operato comporta un danno grave al paziente, il medico può continuare la sua condotta dato lo stato di necessità ai sensi dell'art. 54 c.p., quindi il medico può intervenire senza il consenso del paziente,

quando vi è la necessità di salvare la vita del paziente. Lo stato di necessità va considerato dal medico in una fase ex ante alla situazione presente, in quanto è la probabilità che si possa verificare un evento grave al malato. Infatti vi sono casi in cui negli ospedali sono ricoverati pazienti in fin di vita ed in stato di incoscienza, dove l'intervento del medico si svolge fuori dalla volontà legale del paziente.

Ciò trova giustificazione nello stato di necessità o nel consenso presunto del paziente. Quando sono in gioco il bene della vita o della salute del soggetto l'intervento medico in certi casi, pur contro la volontà del soggetto è lecito.

Così scrive Iadecola: *“Per il vero stesso riferimento costituzionale (art. 2 e 3, 4 2° co., e 32 Cost.) (...) conforta l’assetto dell’autorevole dottrina secondo cui «il bene della salute è garantito all’uomo anche contro la sua volontà». (...) Va anche considerato che il limite del «rispetto della persona umana» posto, rispetto alla legge, dall’art. 39, 2° comma, Cost., si propone in realtà come un limite all’esercizio di qualsiasi diritto o potere e quindi non solo all’esercizio del potere statale, ma anche dell’autoderminazione del singolo. Ha a proposito acutamente osservato l’illustre dottrina costituzionalistica (Pace) che è proprio” l’individuazione del proprio corpo, come oggetto di libertà personale, ad avere anzi il merito di escludere la possibilità di pretese «aliene». Sicchè in quanto esattamente si identificano nella salute (art. 32) e nella dignità (art. 3) valori sottratti alla disponibilità individuale, sarà lo stesso soggetto titolare ad incontrare limiti, non potendo volontariamente né menomare il proprio corpo e nemmeno destinarli a pratiche degradanti”* (Iadecola, 1993, p. 19–20).

Di conseguenza, essendovi sul piano giuridico l'impossibilità di costringere l'individui a curarsi (art. 39, 2° comma Cost.) l'ordinamento giuridico pone una tutela indiretta del bene della salute del soggetto autolesionista tramite gli articoli 593, 2° co., c.p. e 40 c.p., unitamente all'art. 5 c.p. e all'art. 580 c.p. pertanto è lecito che un medico operi un paziente in coma senza il suo consenso con lo scopo di salvarlo, oppure nel caso di intervento chirurgico eseguito con il consenso del paziente, il medico davanti all'urgenza di complicazioni gravi che possono sorgere durante l'operazione e che minerebbero la vita del paziente, è legittimato ad eseguire un altro intervento senza dover ricorrere al consenso del paziente. Ciò trova giustificazione nello stato di necessità. Fuori dai casi specifici compresi nella categoria dello stato di necessità, il medico

deve preventivamente chiedere il consenso del paziente. Infatti quando il medico agisce senza il consenso del malato, viola i diritti inerenti alla libertà morale e fisica, attuando i reati di lesioni personali, di violenza privata art. 610 c.p. Inoltre il medico risponderà per colpa ai sensi dell'art. 83 c.p. e dell'art. 586 c.p., che prevede morte o lesioni come conseguenza di altro delitto. Quindi il medico se ha piena consapevolezza di esser privo del consenso del paziente e tuttavia continui il suo trattamento medico, egli risponderà di lesioni dolose per eventuali lesioni procurate ai sensi dell'art. 582 c.p.

A conferma dell'atto medico, che avviene senza il consenso del malato vi è la sentenza sul caso Massimo pronunciata dalla Corte d'Assise di Firenze in data 18 ottobre 1990. Seguiamo le fasi importanti con cui si è giunti alla sentenza. Davanti alla Corte d'Assise di Firenze fu prospettato il caso di una donna di 83 anni affetta da adenoma villosa e da polipo rettale benigno, che si era formato dopo aver subito due precedenti asportazioni. I medici prospettano alla donna la necessità di asportare di nuovo la formazione sempre per via endorettale e la paziente sebbene spaventata aveva dato il consenso. In data 19 agosto 1983, giorno dell'intervento, le figlie della paziente furono chiamate dal prof. Massimo, primario del reparto, per informarle che era stato costretto ad asportare completamente il retto, per togliere il polipo con la conseguenza di una deviazione dell'intestino. In seguito all'esportazione dell'intestino la donna morì in data 25 ottobre 1983. Il Massimo venne denunciato dalle figlie della paziente con l'accusa di omicidio colposo, ma il pubblico ministero in seguito a perizie ne chiese l'incriminazione per omicidio preterintenzionale. Infine la stessa Corte d'Assise riconosceva il Massimo colpevole di omicidio preterintenzionale con sentenza in data 18 ottobre 1990, condannandolo alla pena di anni sei e otto mesi di reclusione, nonché al risarcimento del danno. Alla sentenza di condanna si è giunti attraverso questo iter logico: 1) vi era stato un eccesso causale tra l'intervento chirurgico e la morte del paziente. Infatti la lesione infertile con l'intervento chirurgico aveva portato la paziente in uno stato profondo di prostrazione psichica e la di debilitazione fisica, che aveva indotto la malata a rifiutare il cibo, con la conseguenza che la donna era giunta alla morte, 2) La disposta perizia medica aveva riscontrato che vi era la possibilità di asportazione endoscopica della neoplasia senza ricorrere all'intervento invasivo e peraltro devastante di una asportazione

dell'intestino, che non era necessaria, in quanto l'intervento risultava sproporzionato all'entità della lesione. Infatti vi era l'alternativa di aggredire il tumore per via esterna, tramite terapie oppure si poteva praticare un intervento meno invalidante, per cui l'amputazione del retto doveva essere applicato come ultima possibilità, in caso non si potesse procedere in altro modo, 3) L'imputato si disculpò adducendo come giustificazione che era stato costretto all'intervento estremo, perché si era presentata una imponente emorragia, per cui la paziente correva pericolo di vita. In realtà tale motivazione del Massimo non trovò riscontro nelle testimonianze dei medici, che erano accanto a lui ad operare né si faceva alcuna menzione dell'esistenza dell'emorragia nel registro degli interventi. Quindi il processo si concluse con la sentenza di condanna del Massimo, diventando il simbolo della rilevanza del consenso del paziente nel trattamento medico chirurgico. L'importanza della sentenza del Massimo è data dal fatto che questa mostra come qualsiasi forma di intervento medico su un malato può esservi solo con il consenso prestato per un determinato intervento non può legittimare il medico a farne un altro tipo differente e ben più lesivo rispetto al precedente. Nel caso in cui il medico si trovi nell'impossibilità di procedere nei termini programmati e deve procedere in modo differente, usando un'operazione più traumatica di quella prevista, egli deve sospendere il suo trattamento e informare il paziente sul tipo di intervento, dei suoi possibili rischi e conseguenze e acquisire il suo consenso.

Tale principio si attua solo nel caso in cui vi si urgenza e necessità per la vita del paziente di eseguire un intervento differente. Infine il medico che con la consapevolezza e volontà esegue su di un paziente un intervento invalidante senza il consenso del malato e fuori da ogni stato di necessità, risponderà della lesione personale volontaria di cui agli art. 582 e segg. c.p. Se poi da tale evento ne deriva la morte del malato il medico risponderà personalmente di omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.).

Così scrive G. Iadecola: *“E quindi un intervento medico svolto in assenza di una situazione riconducibile allo stato di necessità prescindendo dal consenso del paziente, si configura di certo come attività illegittima ed illecita, generatrice di responsabilità, come s'è visto civile e disciplinare, ma anche penale, a riguardo, a parte il profilo di rilevanza della condotta arbitraria, coartatrice*

*della volontà del paziente obbligato a tollerare comportamenti altrui come reato di violenza privata, si delinea chiaramente altresì la fattispecie del reato di lesioni personali volontarie, insito nell'aggressione consapevole e volontaria del bene dell'integrità fisica del paziente medesimo. Se così è, l'esistenza di un nesso di causalità oggettiva tra la condotta del medico, integrante il reato di cui all'art. 582 c.p., e l'evento non voluto, della morte del paziente, non può che comportare la riconduzione della fattispecie sotto la disciplina dell'art. 584 c.p., ossia dell'omicidio preterintenzionale” (Iadecola, 1993, p. 37).*

Pertanto il medico, che agisce senza il consenso del malato, attua un comportamento illecito. Anche se manca l'intenzionalità malvagia comunque il medico compie un reato doloso se agisce con la coscienza e la volontà di conseguire l'evento. Inoltre la stessa corte di cassazione stabilisce riguardo al “caso Massimo” (Cass. Sez. V, 21 aprile 1992), che il reato di lesione sussiste senza il consenso del malato sia se vi sia stato esito negativo sia se vi sia stato esito positivo, in quanto ognuno ha il diritto di privilegiare il proprio stato attuale e il medico non può aggredire due beni importanti per la persona quali la libertà morale e a sua integrità fisica. Vediamo che il medico, quando deve affrontare malati terminali, che chiedono di morire, si trova davanti al problema dell'eutanasia. Sul piano deontologico come su quello penale, il medico non può acconsentire all'eutanasia anche se mosso da pietà, i quanto compierebbe un vero e proprio omicidio, che va contro la sua etica di salvare le vite umane.

Infatti se il medico acconsente alla richiesta di omicidio del paziente compierebbe il reato previsto dall'art. 579 c.p., che punisce l'omicidio del consenziente.

Inoltre se il medico attua l'omicidio di malati o affetti da deficienza psichica per un'altra infermità, risponderà del reato più grave: quello di delitto di omicidio comune volontario ai sensi dell'art. 575 c.p. Neanche il consenso del paziente potrebbe scriminare la condotta del medico in caso di eutanasia attiva.

Infatti l'esimente del consenso non può più fungere da copertura alla condotta del medico in quanto viene meno la sua validità stessa, dal momento che la manifestazione della volontà del paziente viene alterata dalle particolari condizioni psicologiche proprie della malattia e dall'uso dei farmaci. A tale riguardo occorre precisare come davanti ai dolori atroci, sia giusto ricorrere all'uso dei farmaci, che possano aiutare il malato a condurre una migliore

qualità di vita. Quindi il medico, che somministra analgesici, con l'intento di diminuire le sofferenze del malato, compie un atto lecito e doveroso, in quanto trova la scriminante nello stato di necessità. Certamente è lecita la somministrazione dei farmaci, quando è data dal medico con il consenso del paziente il rischio sia al di sotto della soglia di tollerabilità. Invece quando il rischio supera la misura tollerabile del farmaco, procurando anticipatamente la morte, la condotta del medico non può essere scriminata nello stato di necessità.

## References

- Calidari, M. (2006). *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, San Paolo, Milano. ISBN 9788821556463.
- Carlotti, P. (2008). *La Terapia terminale tra eutanasia ed accanimento. Per una valutazione etica*. In: Salesianum n. 70. ISSN 0036-3502.
- Cassano, G. (2001). *Leutanasia: aspetti filosofici*, Diritto & Diritti. Rivista elettronica: <http://www.diritto.it/rubriche/temp/roma1.html>, entrata: 12.09.2016.
- Ciccone, L. (1991). *Eutanasia – problema cattolico o problema di tutti?*, Città Nuova, Roma. ISBN 978-8831139083.
- D'Agostino, F.D. (1987). *Leutanasia come problema giuridico*. In: Arch. giur., fasc. 1-3, p. 43-50.
- Dworking, G., Frey, R.G., Bok, S. (2001). *Eutanasia e suicidio assistito, pro e contro*, Edizioni di Comunità, Torino. ISBN 978-8824506267.
- Faggioni, M.P. (2009). *La vita nelle nostre mani, Manuale di Bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino.
- Frey, R.G. (2001). *Il timore della "china scivolosa"*. In: G. Dworkin, *Eutanasia e suicidio assistito, pro e contro*, Edizioni di Comunità, Torino. ISBN 978-8824506267.
- Garcia Marquez, G. (2010). *Dell'amore e di altri demoni*, Edizioni Mondadori, Milano. ASIN B005SZ7QYU.
- Giusti, G. (1982). *Leutanasia, Diritto di vivere- Diritto di morire*, Casa Editrice Cedam, Padova.
- Iadecola, G. (1993). *Il medico e la legge penale*, Ed. Cedam, Padova.
- Leone, S. (2007). *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma.
- Marra, R. (1987). *Suicidio diritto e anomia. Immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

- Marsella, M. (2002). *Il diritto alla fronte alla morte: Eutanasia e suicidio*, Casa editrice Universita La Spaienza, Roma, p. 1-34.
- Morselli, E. (2015). *L'uccisione pietosa-Leutanasia*, Enrico Morselli. ASIN B010W-F4QOS.
- Neri, D. (1995). *Eutanasia, Valori, scelte morali, dignità della persona*, Laterza, Roma-Bari.
- Pappalardo, G. (1972). *Eutanasia e soppressione dei mostri*. In: Giustizia Penale, parte I. Platone, Repubblica, III 410.
- Schockenhoff, E. (1997). *Etica della vita*, Queriniana, Brescia. ISBN 978-8839903914.
- Sgreccia, E. (2007). *Manuale di Bioetica*, Casa editrice Vita e Pensiero, Milano. ISBN 978-8834323632.
- Toscani, F. (1994). *Medicina e malato terminale*. In: G. Di Mola, *Cure palliative*, 2°Ediz. Masson Milano. ISBN 978-8821421846.
- Veronesi, U. (2011). *Il diritto di non soffrire: cure palliative, testamento biologico, eutanasia*, Ed. Mondadori, Milano. ASIN B005SZ53LI.