

# **RECENTI INIZIATIVE LEGISLATIVE IN TEMA DI EUTANASIA: OLANDA E BELGIO**

Ferrato A.

## *Riassunto*

L'articolo presenta diversi aspetti aventi ad oggetto le scelte legislative dell'Olanda e del Belgio in ordine all'aiuto a morire. In entrambi i paesi, infatti, tra il 2001 e il 2002, veniva approvata e resa operativa una legge per la Regolamentazione della pratica eutanasi.

## *Parole chiave:*

legge penale, eutanasia, aiuto a morire, Belgio, Olanda

## *Summary*

The article examines various points, the subject of which is the legislative choices of Holland and Belgium on assisted death. In both countries, in fact, between 2001 and 2002, was approved and put into use the law for the regulation of the practice of euthanasia.

## *Key Words:*

Criminal law, euthanasia, assisted death, Holland, Belgium

## *Per corrispondenza:*

Alice Ferrato, Dipartimento di Diritto Pubblico Internazionale e Comunitario, Seminario di Diritto Penale e Procedura Penale, Università di Padova. [alice.ferrato@virgilio.it](mailto:alice.ferrato@virgilio.it)

## *Premesse*

In questi ultimi anni, non pochi studiosi hanno evidenziato come, in un'epoca in cui l'idea

dominante è quella di prolungare la giovinezza e la vita in una condizione di benessere, la malattia e la morte siano fonte di angoscia ed orrore. Emerge, pertanto, un'incapacità di accettare il limite biologico ed esistenziale della vita umana, che si scontra con il difficile compito, affidato al medico, di rendere il più possibile serena la parte finale della vita umana. In tale civiltà, si inserisce l'acceso dibattito tra medici, filosofi e giuristi sul delicato tema della "dolce morte" o eutanasia, oggetto di un sempre crescente interesse sia dal punto di vista etico che deontologico e legale.

Quando si parla di eutanasia vi è la tendenza ad attribuire al termine molteplici e contrastanti significati in assenza di una chiara nozione giuridica che offra una connotazione precisa del termine. Manca, infatti, nel nostro ordinamento una fattispecie tipizzata in termini rigorosi e la parola eutanasia rimane una nozione di carattere empirico e socio-programmatico.

Il significato etimologico della parola eutanasia non presenta ambiguità: è di origine greca (eu-buono, thànathos-morte) e sta ad indicare la "buona morte". La dottrina medico-legale, nel tentativo di dare una nozione attualizzata del termine, richiama la sola eutanasia terapeutica e la definisce un comportamento intenzionalmente diretto a provocare la cessazione indolore della vita nei casi in cui la morte appaia prossima e inevitabile.

Il problema che ruota attorno a tale tema è strettamente collegato al concetto di vita: se si ritiene la vita come valore sacrale, è ovvio che l'eutanasia equivarrà ad omicidio; se, invece, prevale il concetto di dignità e qualità della vita, allora potrà essere interpretato come un gesto terapeutico. L'ordinamento giuridico italiano ha da sempre accolto una concezione personalistica dei beni personali, in ordine alla quale la vita e l'integrità fisica sono tutelate quali valori in se stessi, che trascendono una libera disponibilità del singolo, al quale è, per così dire, affidata la loro custodia.

In Italia, pertanto, il diritto alla vita è posto in risalto dal nostro assetto normativo che considera il suicidio un fatto illecito, anche se il proposito suicida, a differenza di quanto in

passato talora avveniva, non è perseguito dalla legge. Ciò che, invece, è punito penalmente all'art. 580 del codice penale è la figura criminis dell'aiuto o istigazione al suicidio in cui l'azione del soggetto si limita alla prescrizione di farmaci, consigli e suggerimenti, mentre il gesto finale di privazione della vita viene compiuto dal suicida stesso.

Accanto a quest'ultima forma attenuata di omicidio comune, il legislatore del 1930 ha inserito nel codice Rocco il delitto di omicidio del consenziente, punendo con pena meno severa rispetto all'omicidio doloso colui che cagiona la morte di un uomo con il consenso dello stesso. La configurazione di tale fattispecie all'art. 579 c. p. permette di evidenziare che, pur mantenendosi consacrata dalla norma penale l'indisponibilità del bene vita, qui viene in rilievo il consenso della persona offesa, che, in altri casi, sarebbe idoneo a scriminare la condotta dell'autore.

Risulta prioritario sottolineare come la pena per i due reati sopra citati, assai minore di quella prevista per l'omicidio volontario, sia determinata dalla incidenza del consenso sul grado di colpevolezza del reo e non dalla minore gravità oggettiva del fatto.

Nulla di più specifico è mai stato previsto dal nostro legislatore in tema di eutanasia, che, pertanto, nel nostro ordinamento è da considerarsi illecita, anche se non può disconoscersi, quando sia spinta da motivi di pietà reali, che meriti un trattamento meno severo di quello contemplato per il comune omicidio.

Alla luce di quanto vigente nel diritto italiano, si cercherà di offrire ora un quadro delle diverse e coraggiose valutazioni, in punto di eutanasia, accettate in altri ordinamenti giuridici a noi vicini.

OLANDA: LA LEGGE N. 194 DEL 12/04/2001

Nel vasto panorama internazionale spiccano le scelte legislative dell'Olanda e del Belgio, che tra il 2001 e il 2002 hanno approvato e reso operativa una legge ad hoc per la

regolamentazione della pratica eutanasi.

In un paese dalle forti aperture sociali al cambiamento e attento agli interessi di tutte le componenti sociali, quale appare l'Olanda, non deve stupire l'adozione di una simile decisione rivoluzionaria, conclusione di un lungo lavoro che ha attraversato gli anni.

L'intervento legislativo olandese viene, infatti, a toccare un tema caro all'opinione pubblica dei Paesi Bassi, dove il 90% degli abitanti si dichiara favorevole alla nuova legge, nella speranza di far chiarezza in un campo in cui i medici procedevano in assenza di indicazioni univoche e a proprio rischio e pericolo. Con l'approvazione della legge n. 194 del 12 aprile 2001, intitolata "controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al suicidio; modifiche del codice penale e della legge mortuaria", l'Olanda è divenuto il primo paese europeo a prevedere e disciplinare la possibilità per un medico di praticare l'eutanasia o assistere al suicidio di un malato grave che, scientemente e insistentemente, chieda di morire.

L'iter legislativo del testo ebbe inizio il 28 novembre 2000, quando la Camera dei Deputati approvò, a larga maggioranza (104 voti a favore e 40 contrari), una proposta di legge volta ad autorizzare e regolare ufficialmente l'eutanasia.

Il 10 aprile 2001 il Senato approvò definitivamente, con 46 voti a favore e 28 contrari, la legge che consente l'eutanasia e il suicidio assistito, entrata in vigore, dopo alcuni rinvii, il 1° aprile 2002.

Non bisogna comunque dimenticare che tali procedure rimangono formalmente incriminate nel codice penale: infatti, secondo il diritto penale olandese, togliere la vita ad una persona è un reato, anche se la stessa ne fa esplicita richiesta.

## IL CODICE PENALE OLANDESE

Per quanto riguarda le condotte eutanasiche, il codice penale olandese le ha volute distinguere dall'omicidio comune introducendo due articoli specifici per le fattispecie dell'eutanasia

attiva volontaria e del suicidio assistito.

L'art. 293 c.p. punisce, infatti, con una pena pecuniaria e con la reclusione sino a dodici anni, chiunque cagioni la morte di un uomo su suo esplicito e serio desiderio, mentre l'art. 294 c.p. punisce, se il suicidio avviene, chiunque determini intenzionalmente altri al suicidio, ne agevoli l'esecuzione o gliene fornisca gli strumenti, con la reclusione di al massimo tre anni o una pena pecuniaria.

Un altro articolo di primaria importanza in relazione al concetto di "dolce morte", in quanto adottato frequentemente dalle Corti Olandesi come fondamento per l'esclusione della punibilità dell'operato medico, si è dimostrato l'art. 40 c.p., che definisce non penalmente responsabile ogni persona costretta da forza maggiore a commettere un reato.

In diverse occasioni, infatti, la giurisprudenza olandese, ravvisando gli estremi della forza maggiore (noodtoestand) nei casi in cui il medico avesse potuto ottemperare al proprio dovere di lenire le sofferenze del paziente su sua richiesta, unicamente ponendo fine alla vita dello stesso, è giunta ad emettere sentenze di non luogo a procedere, implicitamente autorizzando tali pratiche eutanasiche nel proprio paese.

La legge n. 194 del 12/04/2001 si inserisce, pertanto, in un codice penale che, sebbene consideri l'eutanasia un crimine, non riusciva a garantire certezza ad una materia nebulosa e troppo frequentemente affidata alla discrezionalità del potere giudiziario.

La recente normativa, procedendo alla modifica del codice vigente attraverso l'introduzione di una clausola di non punibilità per il medico che rispetti il rigore dettato dalla legge stessa, tenta di delimitare, grazie allo strumento legislativo, i confini di un fenomeno ampiamente diffuso in Olanda con il proposito di promuovere una maggiore trasparenza su quanto accade nel paese.

Questi cambiamenti devono l'input alla giurisprudenza olandese che, nelle aule dei tribunali, giungeva a tollerare comportamenti formalmente illeciti e induceva i cittadini ad assumere

una posizione più favorevole all'orientamento accolto nelle sentenze piuttosto che alle prescrizioni del Codice Penale, così, di fatto, invitando il legislatore ad intervenire per soddisfare i nuovi interessi sociali.

La legge aggiunge, quindi, un secondo comma all'art. 293 c.p. che prevede l'esclusione della punibilità per l'azione riconducibile all'omicidio su richiesta del primo comma, quando sia compiuta da un medico che rispetti le norme prescritte dalla legge stessa. Scinde, invece, l'art. 294 c.p. in due commi distinguendo l'incitamento al suicidio dall'assistenza e accompagnamento alla morte le quali ultime, sempre nel rispetto delle regole, possono condurre alla non punibilità del medico. Si esime, perciò, dalla responsabilità penale il medico che decida di porre fine alla vita di un paziente che, soggetto a un dolore insopportabile ed inaccettabile, in quanto affetto da una malattia incurabile, richieda la fine delle proprie sofferenze.

Diviene necessario evidenziare come un ulteriore motivo di espansione dell'eutanasia in Olanda si sia rivelato un principio processuale vigente nel paese, secondo il quale l'azione penale non è obbligatoria. L'organo preposto alla repressione dei reati, infatti, non è obbligato ad agire quando gli perviene una notizia di reato e la possibile inerzia del Pubblico Ministero può condurre alla non repressione di reati affermati dalla legge.

Tale atteggiamento passivo della pubblica accusa nei Paesi Bassi evidenzia che, nelle indagini e nel processo penale, la linea di condotta olandese concretizza il principio dell'opportunità: ciò implica che, in base a ragioni di "interesse pubblico", il PM può rinunciare a perseguire penalmente un reato. Pertanto, alla luce della discrezionalità dell'azione penale vigente, qualora gli organi dell'accusa in base alla legge e alle sentenze precedenti prevedessero che il giudice, sul fondamento dell'appello alla forza maggiore, non avrebbero inflitto alcuna pena a casi di eutanasia, concludevano che non fosse nell'interesse pubblico avviare l'azione penale. Ebbene, in Olanda già da anni erano state date generali istruzioni alla pubblica accusa di non

agire quando, in presenza di determinate condizioni, fossero stati compiuti atti eutanasi in quanto l'interesse generale prediligeva la qualità della vita.

In considerazione, quindi, del vigente principio della valutazione dell'opportunità dell'azione penale, dire che l'eutanasia con questa nuova legge non sia più punibile è una considerazione non corretta, apparendo preferibile ribadire che nel codice penale viene inserita una speciale base di eccezioni per la non punibilità.

Il testo di legge, pertanto, inserisce nel codice penale delle "deroghe mediche" al generale divieto di donare la "dolce morte" o aiutare nel suicidio malati terminali, cercando di conseguire il massimo grado di avvedutezza di tali interventi medici volti a porre fine alla vita, mediante una verifica uniforme degli stessi.

## PRINCIPI DELLA NORMATIVA

La normativa si struttura in un quadro articolato di norme nel quale sono contemplati tutti gli aspetti della complessa materia e che si propone di eliminare le zone d'ombra della situazione precedente, quando l'eutanasia, pur rimanendo reato, veniva di fatto ben tollerata.

Emerge da una semplice lettura come il vocabolo eutanasia non compaia mai nel testo di tale legge che riguarda, infatti, il "controllo dell'interruzione della vita su richiesta e suicidio assistito".

Non appare neppure una chiara definizione di interruzione della vita, alla cui locuzione, pertanto, va attribuito un significato estensivo ed omnicomprensivo.

L'art. 1 della legge indica quale unico soggetto autorizzato ad esercitare queste pratiche il medico, senza offrire, però, ulteriori indicazioni in merito alle qualifiche ed alle caratteristiche che il sanitario chiamato ad attuare l'eutanasia deve possedere. Benchè il testo non si preoccupi di definire con chiarezza tali criteri identificativi, tuttavia, con certezza si può affermare che la scelta fiduciaria della persona sta alla base della individuazione del medico

responsabile delle procedure, il quale assume una funzione di controllo sulla decisione del paziente. Costui, cioè, è chiamato a valutare che il malato, nel suo processo decisionale, rispetti le condizioni previste dalla legge per richiedere l'eutanasia e, in nome del principio di autonomia, funge da garante del fatto che il paziente proceda, in coscienza, a tali valutazioni. Appare interessante evidenziare come la legge non si soffermi neppure sul profilo della persona legittimata a richiedere l'eutanasia: il soggetto passivo viene presentato in modo indiretto, per mezzo del vaglio valutativo del medico curante. Si ricorda, pertanto, che è, comunque, implicito nella normativa che solo il "paziente" è persona che può far richiesta al dottore di eutanasia.

Presentati sinteticamente i soggetti enunciati nella normativa, esaminiamo ora come la condotta del medico curante, in base ai principi della legge, per non divenire più soggetta a pena deve rispettare due condizioni essenziali.

In primo luogo, il sanitario deve attentamente osservare le regole di accuratezza previste all' art. 2 della legge stessa: è tenuto, pertanto, a maturare la convinzione che si tratti di una volontaria, ben meditata e durevole richiesta del paziente, in presenza di una situazione clinica senza speranza di guarigione e dalle insopportabili sofferenze patite. La legge riconosce in modo esplicito la validità di una dichiarazione scritta del paziente in cui si esprime l'intenzione di ricorrere all'eutanasia, ravvisando nella richiesta scritta lo stesso status di una invocazione orale per la conclusione della vita o il suicidio assistito.

Emerge nella descrizione delle regole di avvedutezza previste dalla normativa, la rilevanza primaria del rapporto medico-paziente, in quanto il dottore deve giungere, assieme al malato, al convincimento che per la patologia sofferta non esista altra ragionevole soluzione e deve garantire al morente il massimo supporto, sotto il profilo medico e umano, durante la procedura di terminazione della vita.

Si comprende come la normativa mostri, dietro il formale rigore del diritto, una serie di

contenuti dai risvolti arbitrari e personali quali la determinazione delle sofferenze fisiche o psichiche la cui valenza soggettiva del paziente è indiscutibile. Si può notare come l'aggettivo "insopportabile" esprima, infatti, una dimensione personale delle sofferenze, non affidabile ad una valutazione medica a cui, invece, è attribuita la stima sullo stato della malattia e sulle prospettive di miglioramento.

La legge indica, poi, che è compito del medico curante avvalersi della consulenza di almeno un altro collega, limitandosi ad indicare che tale medico debba essere indipendente sia dal primo sanitario sia dal paziente. Le funzioni di questo secondo professionista sono di visitare la persona, prendere visione della documentazione medica e assicurarsi che si tratti di una sofferenza insopportabile senza possibilità di essere lenita.

Appurati tali dati clinici, il consulente ha il dovere di accertarsi che la richiesta eutanasica sia ben ponderata e frutto della libera volontà del paziente, per poi procedere alla stesura del proprio parere sulle condizioni del malato e sul rispetto dei criteri di accuratezza.

Come seconda condizione, il medico deve comunicare la non-naturale morte presso l'obitorio comunale in conformità all'art. 7 comma 2 della legge sulla consegna dei cadaveri.

L'esecutore dell'autopsia invia, a sua volta, il caso a una Commissione Regionale di vigilanza, nella quale un medico, un giurista e un etico sono chiamati a valutare l'operato medico.

## LE COMMISSIONI REGIONALI DI VIGILANZA

Ampio spazio del dettato normativo è destinato alla pianificazione della struttura e della funzione di tali Commissioni Regionali, chiamate a monitorare il fenomeno e ad intervenire direttamente nella procedura de quo al fine di garantire la giusta esecuzione del testo legislativo.

Per maggior chiarezza si evidenzia come già dal 1990 esistesse in Olanda un procedimento

amministrativo di segnalazione dell'eutanasia, che, successivamente alle autorevoli conclusioni del Rapporto Remmelink e del Rapporto Van Der Maas in tema di eutanasia, condusse all'introduzione, nel 1998, di una nuova legge ad hoc per l'istituzione di cinque Commissioni Regionali di controllo con il compito di controllare l'operato medico.

La normativa del 2001 ha rivisto, però, il compito delle Commissioni che, se prima erano obbligate a segnalare tutti i casi di eutanasia al Pubblico Ministero, ora appaiono sollevate da tale dovere qualora ritengano che il medico abbia agito accuratamente.

Il sanitario è chiamato a segnalare ogni caso di morte non-naturale al perito autoptico comunale attraverso la redazione di un formulario dettagliato ed una relazione. Questi documenti, insieme alla relazione del perito autoptico, vengono inoltrati alla Commissione Regionale la quale, entro 6 settimane, esamina il caso e deve riferire il suo giudizio al medico. Qualora tale Commissione giunga alla conclusione che il medico abbia rispettato le norme di accuratezza, il Pubblico Ministero non verrà informato della morte e non si ritiene chiamato ad intervenire. Solo in caso di motivato dubbio, l'obitorio comunale o la Commissione Regionale di vigilanza possono presentare il caso all'attenzione della pubblica accusa, la quale, comunque, mantiene il potere di avviare un'indagine, nel caso in cui supponga sussistano elementi di punibilità. Il classico esempio in cui il Pubblico Ministero è invitato ad iniziare un procedimento è la presentazione di una querela da parte della famiglia della persona deceduta o di un degente che si trovi nella stessa casa di riposo al momento del fatto. Tuttavia, come si è già visto, nei Paesi Bassi vige il principio della discrezionalità dell'azione penale e la magistratura inquirente, per ragioni derivanti dall'interesse generale, può rinunciare ad un'ulteriore indagine quando lo ritenga opportuno, non sfociando, quindi, tutte le querele necessariamente in un'inchiesta.

La normativa prevede che tutta la documentazione medica riguardante la procedura eutanasi venga acclusa al dossier sanitario del paziente stesso, assumendo, quindi, il gesto estremo le

vesti di una qualsiasi procedura clinico-diagnostica-strumentale a cui il paziente si sottoponga.

## LE DISPOSIZIONI PER I MINORI

La presente legge prevede, poi, i criteri imprescindibili per la procedura eutanasi, un'attenta e interessante regolamentazione per la richiesta di eutanasi compiuta da soggetti minorenni. L'argomento fu molto controverso e oggetto di ampie discussioni in fase di approvazione, tanto da richiedere persino il parere del Consiglio di Stato Olandese.

Il testo originale del disegno di legge annunciava, infatti, la possibilità anche per i dodicenni di richiedere, senza il consenso dei genitori, la "dolce morte", ma tale previsione, smodatamente permissiva, apparve subito un vero punctum dolens del progetto che, in seguito, venne abbandonato.

Il limite di età fu, quindi, alzato e ora il minore che ha raggiunto un'età compresa tra i sedici e i diciotto anni e che si suppone abbia una ragionevole consapevolezza di sé può avanzare formale richiesta al medico, coinvolgendo nel proprio processo decisionale il genitore o i parenti che esercitano la patria potestà.

Perciò, se un minore sedicenne, sofferente e malato, richiede con convinzione la pratica dell'eutanasi, il medico può esaudirlo senza essere punito, anche in caso di rifiuto da parte dei genitori poiché la legge richiede solamente un loro coinvolgimento nella decisione e non il consenso.

Diversa previsione, invece, è vigente per i minori compresi tra i dodici e i sedici anni, i quali possono richiedere l'eutanasi unicamente se i genitori approvino la richiesta di interruzione del trattamento o suicidio assistito. Qui si attribuisce, pertanto, ai genitori un ruolo attivo: non più semplici osservatori, ma, al contrario, decisori dell'atto estremo insieme al minore.

In una nota dell'esecutivo olandese si precisa, comunque, che il presupposto perché ciò si

verifichi dovrebbe essere la convinzione del medico che non vi sia speranza di salvare la vita del minorenne e che, quindi, le cure appaiano come un crudele accanimento terapeutico.

Nella realtà dei Tribunali, però, il fenomeno sembra non facilmente controllabile: estremamente innovativa, infatti, appare la recente decisione, datata 31 Agosto 2004, con cui la magistratura olandese ha autorizzato la clinica universitaria della città di Groningen (Azg) a praticare l'eutanasia su bambini sotto i dodici anni d'età. L'intesa, ad ora, sembra accordare simile pratica alla sola clinica di Groningen, ma si può facilmente presumere che verrà presto estesa ad altre case di cura.

Si può, pertanto, affermare che la legge stessa in tema di "interruzione della vita su richiesta" entrata in vigore nella primavera del 2002, sia stata, per certi aspetti, superata da questa decisione della magistratura che, nel rispetto di un severissimo protocollo, autorizza la pratica dell'eutanasia anche verso bambini affetti da patologie incurabili e con sofferenze intollerabili.

La pratica in questi ultimi anni ha dimostrato come, secondo quanto dichiarato dai medici curanti, la richiesta di eutanasia avanzata dai minorenni sia principalmente per i casi di cancro nella fase terminale. Si ricorda, tuttavia, che, prima dell'entrata in vigore della legge, pochi risultavano i casi di eutanasia comunicati. La speranza annunciata dal Ministro della Sanità, del Benessere e dello Sport e dal Ministro della Giustizia è che la legalizzazione di queste regole di accuratezza induca ad una maggior trasparenza nella comunicazione dei casi di eutanasia compiuti, nel momento in cui i medici acquistino la consapevolezza che, se agiscono accuratamente, non saranno punibili.

#### CONFRONTO CON L'ESPERIENZA BELGA

Il 16 maggio 2002 la Camera dei deputati del Parlamento federale di Bruxelles ha approvato, con 86 voti favorevoli, 51 contrari e 10 astensioni, la nuova normativa di approvazione

dell'eutanasia, già varata dal Senato il 25 ottobre 2001 ed entrata in vigore il 20 settembre 2002.

L'interesse per la discussione sulla fine della vita, in relazione all'eutanasia e al suicidio assistito, è stato oggetto di attenzione anche del Parlamento Belga, che recentemente ha, a sua volta, approvato una normativa sul delicato tema.

Induce alla riflessione la scelta di adottare una legislazione sul termine della vita, sostanzialmente ispirata agli stessi valori, in due società molto diverse sotto l'aspetto religioso e culturale. Come si è visto, infatti, in Olanda prevale da molti anni una posizione largamente condivisa, favorevole alla legalizzazione dell'eutanasia, radicata in una cultura secolarizzata, anche se con forti legami con la tradizione protestante. Il Belgio, invece, è un paese dalle robuste tradizioni cattoliche, dove la maggioranza dei cittadini risulta legata alla Chiesa Cattolica Romana.

Le due esperienze legislative si differenziano, comunque, per la peculiarità dei percorsi che hanno portato alla loro introduzione e, anche per questo, presentano diversi aspetti che ne caratterizzano l'impianto complessivo. La depenalizzazione dell'eutanasia non rappresenta, infatti, una novità legislativa nei Paesi Bassi ove, già prima dell'approvazione dell'attuale disegno di legge, si erano susseguiti plurimi provvedimenti in materia, capaci di sviluppare le linee guida successivamente assimilate dalla legge definitiva del 2001. Viceversa, la legge belga innova completamente l'assetto del proprio ordinamento.

A differenza di quanto evidenziato nella legge olandese, in cui il paziente è presentato indirettamente attraverso gli occhi del medico curante, la normativa belga sembra quasi assumere connotati umani e sviluppa diffusamente la componente soggettiva del morente capace di determinare le sorti della propria esistenza.

Tale ultima legge, infatti, presenta con precisione le condizioni del paziente non solo dal punto di vista medico ma anche dal punto di vista soggettivo del malato, soffermandosi sulla

continua ed insopportabile sofferenza che non gli consente più di vivere una vita dignitosa.

Il testo, quindi, esalta anche il ruolo della libertà come autodeterminazione della persona che invoca esplicita richiesta di eutanasia, emergendo il concetto di dignità della morte nella sua dimensione individuale.

Le condizioni richieste dalle due normative per procedere all'eutanasia appaiono, comunque, molto simili e gli elementi caratterizzanti sono rappresentati:

- dal riconoscimento del ruolo esclusivo del medico nell'applicazione dell'eutanasia o nell'assistenza al suicidio;
- dall'esigenza che la richiesta del malato sia volontaria e ponderata;
- dalla necessità che si riconosca che la sofferenza del malato sia insopportabile e non suscettibile di essere in alcun modo alleviata;
- dalla consultazione di un altro medico cosiddetto indipendente.

In entrambi i paesi, poi, è attribuito pieno valore al testamento biologico, quando esista e richieda esplicitamente la fine della vita.

La relazione medico-paziente anche nella cultura belga ha un ruolo centrale: la normativa esige, infatti, un rapporto che si concretizzi in un lasso di tempo continuato, in più incontri, e che assuma i caratteri di una vera condivisione tra i due protagonisti dell'atto eutanasi. Questo processo che pone fine alla vita del malato necessita di una integrazione tra i doveri del medico, chiamato a rispettare le prescrizioni disposte dalla legge, e le ragioni umane del paziente, lacerato da sofferenze insopportabili. In realtà, anche qui come in Olanda, la richiesta del paziente non è condizione sufficiente per attivare la procedura prevista dalla legge, essendo necessario il consenso di almeno due medici che, di fatto, mantengono l'ultima parola.

IL CODICE PENALE BELGA

La normativa adottata in Belgio, intitolata “Legge relativa all’eutanasia”, delinea sin dalla propria intestazione un campo d’applicazione limitato al tema della “dolce morte”. Tale previsione appare, pertanto, ben più restrittiva del testo di legge approvato in Olanda, il quale, come si è visto, prende in considerazione con attenzione anche il tema dell’assistenza al suicidio.

Alla luce di siffatta limitatezza, diviene necessario evidenziare come in Belgio regni da sempre una certa incertezza relativamente alla punibilità dei casi riconducibili all’assistenza al suicidio.

Il punto focale della questione è la non qualificazione del suicidio quale illecito penale. Partendo da tale prescrizione la persona che assiste un altro soggetto che mette in atto tale azione su di sé non può essere qualificato come complice e non può quindi, in linea di principio, essere perseguibile. L’esperienza giurisprudenziale belga, però, ha dimostrato come il comportamento assunto da chi presta assistenza al suicidio altrui venga qualificato come mancata assistenza a persona in pericolo e risulti, quindi, punibile ai sensi degli articoli 422 bis c.p. e 422 ter c.p. riguardanti l’omissione di soccorso.

Il Consiglio di Stato Belga, successivamente all’introduzione della legge del 2002, si è domandato come mai tale testo non si sia occupato del comportamento del medico che metta a disposizione sostanze letali al paziente che le chiede, astenendosi, però, dal compiere egli stesso l’atto mortale. L’incompletezza della normativa si è reputata grave, in quanto l’unica differenza sostanziale con l’eutanasia, ovvero la materialità del gesto finale, compiuto o no dal medico, appare il più delle volte superata e irrilevante nei casi in cui tutti gli atti preliminari al gesto finale vengono compiuti comunque dal sanitario.

Il legislatore belga è chiamato, quindi, a regolare anche questo aspetto della morte assistita e stabilire motivi oggettivi e giuridicamente ammissibili di distinzione con l’eutanasia, nel rispetto del principio costituzionale di eguaglianza e non discriminazione.

Ritornando alla depenalizzazione del concetto di eutanasia, si sottolinea come a differenza di quanto avvenuto in Olanda attraverso la modifica di due articoli del Codice Penale vigente, la normativa belga non prevede affatto analoghe modifiche.

In Belgio, pertanto, i casi di morte non inquadrabili nel concetto di eutanasia disciplinato dalla legge rientrano nelle fattispecie criminose di cui agli articoli 393, 394 e 397 del Codice Penale, che riguardano rispettivamente l'omicidio volontario, l'omicidio premeditato e l'avvelenamento.

Come si è già visto, invece, nei casi in cui l'operato del medico assuma le caratteristiche dell'assistenza al suicidio, costui potrà essere perseguito e sanzionato sulla base degli articoli 422 bis c.p. e 422 ter c.p. in tema di omissione di soccorso.

Le figurae criminis presentate palesano come il legislatore belga non abbia voluto prevedere un separato reato per la condotta riconducibile all'omicidio del consenziente, in linea con i rigorosi principi di tutela del valore della vita sentiti e presenti nella Costituzione del Regno del Belgio (1831).

Questo significava, precedentemente alla normativa adottata, la certezza per il medico che, a seguito di una richiesta del paziente, si adoperava per determinarne la morte di un giudizio a suo carico, poiché tale fattispecie veniva perseguita, in relazione al caso specifico, o per omicidio volontario o per omicidio premeditato o per avvelenamento, non influenzando minimamente il movente sull'esistenza del delitto. La punibilità degli atti eutanasi comportava, quindi, l'assimilazione degli stessi ad un illecito, anche se, analogamente a quanto avveniva nei Paesi Bassi, il medico all'occorrenza poteva invocare lo stato di necessità in tribunale per giustificare il proprio gesto.

Si enuncia, comunque, che nella storia del Belgio non risultano esserci molti casi di procedimenti aperti contro medici accusati di aver praticato l'eutanasia ai loro pazienti. Nonostante il dato, nessuno nega, però, che anche in questo paese l'eutanasia sia da sempre

una pratica diffusa e applicata.

## LA “LEGGE RELATIVA ALL’EUTANASIA” DEL BELGIO

Estremamente recente appare il confronto parlamentare verificatosi in Belgio per giungere all’approvazione di una regolamentazione dell’eutanasia.

Le novità legislative sul delicato tema iniziarono a vedersi, infatti, solo a partire dal luglio 1999, quando, a seguito delle elezioni del 13 giugno, i partiti cristiani-democratici, che avevano sempre primeggiato nei decenni precedenti, persero la loro supremazia.

Il cammino verso la depenalizzazione della dolce morte iniziò con il progetto di legge presentato il 14 luglio 1999 dalla coalizione dei socialisti-liberali, ma l’opposizione cristiano-democratica non permise lo sviluppo del progetto.

Il 16 novembre 1999 la stessa coalizione dell’opposizione, forse per contenere i limiti di una legislazione troppo liberale, proponeva un proprio progetto di legge in tema di eutanasia che, senza auspicare la depenalizzazione di tale pratica, prevedeva solo alcune condizioni che, se rispettate, garantivano al medico il ricorso allo stato di necessità in caso di “dolce morte”.

Solo a seguito di diverse proposte sul tema, a vari emendamenti, modifiche e tentativi di riforma si arrivò all’attuale proposta di legge che, nel dicembre 2001, passò al Senato con 44 voti a favore e 23 contrari.

Il testo di legge è strutturato in sei capitoli e sedici articoli; dedica, tuttavia, il primo capitolo ad un unico articolo per presentare una lineare e forse azzardata definizione di eutanasia.

L’art. 1 della legge definisce, infatti, l’eutanasia un “atto, praticato da un terzo, che mette intenzionalmente fine alla vita di una persona su richiesta di quest'ultima”.

Si sottolinea come predetta definizione, estremamente sintetica, lasci alcuni interrogativi insoluti, quali chi possa realmente concretizzare l’eutanasia e con che modalità o che ordine di fattispecie siano comprese nel termine acte. Non è dato sapere con chiarezza, pertanto, se il

legislatore belga volesse prevedere una disciplina sulla dolce morte relativa alla sola connotazione attiva del termine o anche estesa all'astensione di più azioni idonee a prolungare la vita dell'individuo, cioè all'eutanasia passiva.

Nonostante la definizione utilizzi il sostantivo "atto" che richiama la sola fattispecie attiva appare pacifico che la legge si riferisca ad entrambe le forme di eutanasia, in quanto, prevedere una differenziazione sul tema sembrerebbe contrastare con l'obbiettivo di chiarezza prefissato dalla normativa.

L'indeterminatezza presente in tale articolo relativamente ai soggetti autorizzati a compiere l'eutanasia risulta superata all'art. 3 della legge stessa, in cui il legislatore identifica, nel medico, l'esecutore materiale dell'atto e, nel paziente, il protagonista che può farne richiesta.

L'ultimo articolo citato indica, inoltre, con chiarezza le caratteristiche che deve possedere il paziente per avanzare una richiesta di eutanasia. Analogamente alla previsione olandese, anche questo testo di legge richiede una situazione clinica del malato senza speranza di guarigione, in condizione di sofferenza fisica o psichica costante ed insopportabile e che derivi da una patologia grave e incurabile.

Ancora qui, la nozione di sofferenza fisica o psichica insopportabile richiama un concetto di dolore che tange la sola sfera soggettiva del paziente, in cui il medico non assume, quindi, alcun potere d'azione.

Di fronte ad un simile quadro clinico, il paziente può formulare la propria richiesta di eutanasia che deve essere, comunque, volontaria, meditata, ripetuta e del tutto libera da ogni costrizione.

Si può notare che la legge introduce il requisito esplicito della reiterazione della richiesta del paziente per garantire la presenza di un radicato convincimento nel paziente.

Il legislatore nell'indicare genericamente il medico curante come il soggetto autorizzato a praticare l'eutanasia applica anche qui il criterio guida della fiducia, quale fulcro che è alla

base del rapporto medico-paziente e che valorizza il ruolo del curante accompagnatore del malato nel proprio processo decisionale sino alla morte.

Altresì la legge belga prevede il dovere del medico di avvalersi della consulenza di un altro collega, il quale deve essere competente sulla patologia del caso ed indipendente sia dal dottore curante che dal paziente.

L'art. 4 della normativa tratta, per di più, espressamente il tema delle dichiarazioni anticipate, riconoscendo alle stesse totale valore giuridico. Tali disposizioni di volontà devono essere esplicate in forma scritta e il paziente ha la possibilità di esprimere in questi atti la propria richiesta in previsione di una condizione futura che gli impedisca di manifestarla ulteriormente.

A pena di invalidità della dichiarazione anticipata, la normativa prevede che essa venga, però, redatta o confermata meno di cinque anni prima dell'insorgere dell'impedimento limitativo della manifestazione di volontà.

La legge belga prevede, come ultimo tassello della procedura eutanasi, il controllo compiuto a posteriori dalla Commissione federale di controllo e di valutazione, allineandosi perfettamente a quanto previsto dal testo olandese.

Il medico è, pertanto, obbligato a compilare al termine dell'atto eutanasi un dettagliato documento che deve essere inviato entro quattro giorni alla predetta Commissione. Il compito di tale organo è verificare sulla base del documento compilato dal medico curante e alla luce della cartella clinica del paziente, se l'eutanasi sia stata effettuata nel rispetto delle condizioni e delle procedure previste dalla legge de quo.

Nel caso in cui la Commissione federale di controllo e di valutazione a maggioranza dei 2/3, reputi l'eutanasi non eseguita nei termini di legge, trasmetterà gli atti al Procuratore del Re.

Ultimo tratto distintivo interessante della legge adottata in Belgio nel 2002 è la disposizione secondo cui la persona defunta a seguito di eutanasi si ritiene deceduta per causa naturale:

tale prescrizione evidenzia come la normativa in questione si sia inserita in una realtà sociale e sanitaria particolarmente attenta ai bisogni del morente.

In conclusione, descritti gli aspetti più salienti del testo di legge belga, è necessario rilevare come tale normativa non sia, comunque, priva di carenze: a differenza dell'innovativa legge olandese, infatti, il testo belga non affronta minimamente la problematica sottesa ad un'eventuale richiesta di eutanasia avanzata da un minore d'età, limitandosi a prevedere che il paziente sia maggiorenne o minore emancipato, capace e cosciente al momento in cui manifesta la propria volontà.

### ***Bibliografia***

ANGELL M., Euthanasia in the Netherlands - Good news or bad? in *New England Journal of Medicine*, 2001, p. 1676;

ARAMINI M., L'eutanasia. Commento giuridico-etico della nuova legge olandese, Giuffrè, 2003, p. 15.

BOGNETTI, La legge olandese su eutanasia e suicidio assistito, in *Corr. Giur.*, 2001, VI, p. 706.

BROECKAERT B., Bedating Euthanasia in Belgium: Part Two, in *Hastings Center Report*, September-October 1999, p. 47-48.

BROECKAERT B., Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia, in *European Journal of Health Law*, 8, 2001, p. 95.

DEFANTI A., L'eutanasia in Olanda. A proposito del nuovo "rapporto Van der Mass", in *Bioetica*, 1997, 5, p. 20.

DWORKIN G., Eutanasia e suicidio assistito. Pro e contro, Edizioni di Comunità, 2001.

FOGLIA S., Il posto della fragole. La scelta di morire con dignità, Milano, 2002.

IADECOLA G., Eutanasia e le sue problematiche giuridiche in *Giustizia Penale*, 1985, p. 186.

KUITERT H. M., L'eutanasia in Olanda: una pratica e la sua giustificazione, in *Bioetica*, 1993, 2, p. 325.

LEENEN H. J., Bill on Euthanasia and Assisting suicide in The Netherlands, in *Eur. J. Health Law*, 5, 1998, p. 299

LEENEN H. J., The Development of Euthanasia in the Netherlands, in *European Journal of Health Law*, 2001, p. 129.

MAGRO M. B., Eutanasia e diritto penale, Torino, 2001, p. 20.

POCAR V., CONSULTA DI BIOETICA SULL'APPROVAZIONE DELL'EUTANASIA IN BELGIO, in *Bioetica*, ottobre 2002, n. 3.

REICHLIN M., Eutanasia: il caso olandese, in *Kos*, 2001, 193, pp. 22.

RICCA P. (curatore), Eutanasia: la legge olandese e commenti, Claudiana ed., Torino, 2002, p. 9.

RICCI ASCOLI A., La recente legge olandese in materia di eutanasia e suicidio assistito, in *Riv. Diritto Penale XXI secolo* a cura di S. VINCIGUERRA, Cedam, 2002, 2, p. 339.

RICCI ASCOLI, Eutanasia attiva e suicidio assistito in Olanda, in *Diritto Penale XXI Secolo*, Cedam, a cura di VINCIGUERRA S., 2002, 1, p. 121.

RODRIGUEZ D., BENEDETTO G., Le norme esistenti in Italia ed all'estero, in *Esiste la buona morte in geriatria?*, Riflessioni su accanimento terapeutico, rispetto della vita e della cura, eutanasia, testamento assistenziale, Atti del Convegno, Strà (VE), 4 ottobre 2002, Studio Vega, Mareno di Piave (TV), 2002, p. 13.

SEMINARA S., Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen*, 1995, p. 670

STORTONI L., Riflessioni in tema di eutanasia, in *Indice penale*, 2000, p. 477.

TONIATO F.S., Le ultime novità legislative sull'eutanasia: dal modello olandese al modello belga, in S. SEMPLICI, *Il diritto di morire*, Il Mulino, 2002, p. 217.

TROPODINA C., *Profili comparatistici dell'eutanasia. Itinerari giuridici alla scoperta di un diritto in via di riconoscimento*, Diritto Pubblico Comparato ed Europeo, 2001.

TULKENS F., VAN DE KERCHOVE M., *Introduction au droit pénal*, Bruxelles, 1998, p. 184.

VAN DE MASS P. J., *Eutanasia, Physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995*, in *N. Engl. J. Med.*, 1996, p. 335.

VAN DER MAAS P. J., VAN DELDEN J. J. M., PIJNENBERG L., *Eutanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life*, Elsevier, Amsterdam, 1992.

VINCIGUERRA S., RICCI ASCOLI A., *Il diritto olandese in tema di eutanasia*, in *Sistema penale in transizione e ruolo del diritto giurisprudenziale*, a cura di G. FIANDACA, Cedam, Padova, 1997.