

Biodiritto: libertà di cura e scelte di fine vita (Prima Parte)

Quella sottile linea rossa

■ Questo approfondimento nel campo dei diritti fondamentali e della dignità - dal diritto alla vita e all'integrità fisica al diritto alla salute e alla libertà di cura - tutelati a livello nazionale e sovranazionale dalle varie Carte costituzionali, da Trattati e Convenzioni, ci introduce a una riflessione giuridica ed etica sui temi del fine vita e del biotestamento, che proseguirà sul prossimo numero con un confronto con gli ordinamenti di Gran Bretagna e Francia.

Sullo sfondo del dibattito, tecnologie rianimative-conservative sempre più raffinate alimentano la paura, nei casi di malattia terminale, coma o stati vegetativo-persistenti, che possa venir prolungata ad oltranza una vita non più ritenuta degna di essere vissuta

di Vania Cirese
Avvocato Foro di Roma

Il diritto di decidere liberamente la propria morte è stato affermato molti secoli fa da antiche scuole di pensiero e filosofie del passato, come per esempio lo stoicismo. Oggi il "diritto di morire", come libera scelta del paziente (o di chi ne fa le veci) per propria scelta insindacabile, è una rivendicazione moderna o che almeno trova nel "moderno" un ambiente culturale favorevole. Ove per moderno potremmo intendere quella forma di pensiero egemone nato dalla scienza che considera tutto l'essere, anche l'essere-uomo, interamente riducibile a materia, in un orizzonte riduzionista dove un mondo di materia non contiene nessuna norma e l'uomo non incontra di fronte a sé niente di indisponibile. Ma a ben vedere così non è.

Le Carte costituzionali dei vari Stati, la Carta dei diritti fondamentali a livello europeo e internazionale-mondiale, nel riconoscimento del valore dell'uomo e della centralità della persona, evidenziano in modo coerente e convergente come esistano nell'identità/soggettività umana delle componenti indisponibili, in primo luogo il "significato" esistenziale, valoriale della vita.

La vita, condizione di ogni possibile scelta esistenziale e valoriale appartiene all'indisponibile, di conseguenza qualsiasi forma di soppressione della vita (omicidio) è antietica e censurabile sotto il profilo etico e giuridico.

L'art. 2 della Costituzione italiana proclama solennemente che "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo". Poiché invero la persona umana è portatrice di "diritti

"innati", che l'ordinamento giuridico non attribuisce bensì riconosce, li proclama come "inviolabili" da parte dello Stato, nell'esercizio dei poteri legislativo, esecutivo e giudiziario, assicurando una sfera intangibile non solo contro abusi e arbitri dei pubblici poteri, ma anche nei confronti degli altri consociati. In questa prospettiva, il codice penale sanziona i "delitti contro la persona" (art. 575 c.p.) trattando in particolare i "delitti contro la vita e l'incolumità personale" e il codice civile detta norme specifiche a tutela dell'integrità fisica (art. 5 c.c.).

I diritti inviolabili: un elenco aperto

L'elenco dei diritti inviolabili è considerato "aperto", essendo ammissibili anche diritti della personalità cosiddetti "atipici";

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica non è integralmente rimesso all'autodeterminazione del suo titolare, né lo è il suo diritto a rifiutare cure e trattamenti

per tanto la copertura costituzionale è garantita anche a quei diritti che non rientrano nel catalogo ex art. 13 e seguenti e nella norma a "fattispecie aperta", potendo trovare posto anche nuovi diritti di successiva elaborazione giurisprudenziale (ma non è contemplata certo la soppressione o riduzione dei diritti assoluti o fondamentali, che è peraltro impossibile).

Ai fini dell'individuazione dei diritti che nel nostro ordinamento devono considerarsi "inviolabili", un ruolo decisivo svolgono

oltre che le disposizioni del diritto interno, anche norme di derivazione extrastatale.

Senza dubbio sono dotati di rango costituzionale i diritti riconosciuti nei Trattati e nelle Convenzioni internazionali. Dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, del 1948 (art. 3) alla Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950 (art. 2), alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, del 2000, ecc. Il quadro normativo complessivo evidenzia che lo status di persona, accanto all'attribuzione di capacità giuridica, conferisce all'individuo determinati diritti soggettivi che hanno ad oggetto attributi essenziali della persona umana, ossia i diritti soggettivi della personalità, che so-

no: essenziali, personalissimi, originari (o innati), assoluti, indisponibili, irrinunciabili.

Il diritto alla vita

Il diritto alla vita (diritto della persona al godimento del fenomeno naturale della propria esistenza) è un diritto sovraordinato rispetto a tutti gli altri, espressamente proclamato dalla dichiarazione delle Nazioni unite (art. 3), dalla Convenzione di Roma (art. 2) e dalla Carta dei diritti fondamentali (art. 2).

Il diritto alla vita si specifica ulteriormente nel "diritto al conseguimento della vita" e nel "diritto alla conservazione della vita". Il diritto al conseguimento della vita, ossia a nascere sano è un diritto che può essere fatto valere sia nei confronti dei terzi (nessuno può procurare al nascituro lesioni o malattie con comportamento omissivo o commissivo colposo o doloso) sia nei confronti dello Stato (devono essere predisposti tutti gli istituti normativi e tutte le strutture di tutela, cura ed assistenza della maternità idonei a garantire al concepito di nascere sano). Non è, invece, configurabile un diritto a non nascere (o a non nascere se non sano).

Il diritto alla conservazione della vita, ossia alla conservazione della propria esistenza fisica e, quindi, alla sopravvivenza della persona (nonché godimento della propria esistenza nel suo complesso) è un diritto che deve essere temperato con gli altri interessi di rango costituzionale e può essere sacrificato laddove sussistano i presupposti dello stato di necessità o della legittima difesa.

La tutela del diritto inviolabile dell'uomo alla vita è dunque assicurata nel sistema costituzionale italiano e internazionale dei diritti dell'uomo.

Il diritto alla salute

Il diritto alla vita va tenuto distinto dal diritto alla salute o all'integrità fisica, al completo benessere fisico, mentale e sociale (così definisce il diritto alla salute l'Organizzazione mondiale della sanità).

La Costituzione italiana qualifica la salute come diritto fondamentale della persona (art. 32 Cost.). Si tratta di un diritto inviolabile e assoluto (al pari degli altri diritti della personalità) al quale corrisponde un obbligo, in capo ai terzi, di astenersi dal tenere comportamenti lesivi del diritto stesso.

Nel suo contenuto tradizionale il diritto alla salute s'identifica con il diritto all'integrità fisica, che può essere fatto valere nei confronti dei terzi (*erga omnes*) i quali devono astenersi dal tenere condotte che comportino ad altri sofferenze, malattie o menomazioni.

In un'ottica solidaristica, il diritto alla salute consiste nel diritto all'assistenza sanitaria, che può essere fatto valere nei confronti dello Stato e, in generale, delle strutture pubbliche.

Nell'ambito dei cosiddetti diritti fondamentali si usa distinguere tra i diritti della personalità e le libertà fondamentali. Accan-

to al diritto alla vita e all'integrità fisica, figura pertanto la libertà personale, come diritto del singolo a non subire coercizioni fisiche o morali (art. 13 Cost., art. 23 cost.) – diritto irrinunciabile, tutelato *erga omnes*, che assume limitazioni per atto motivato dell'autorità giudiziaria nei soli casi e modi previsti dalla legge (riserva di legge, riserva dell'autorità giudiziaria, obbligo di motivazione).

L'art. 32 della Costituzione sancisce e tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse primario della collettività, come diritto al rispetto dell'integrità psico-fisica, valido *erga omnes*, come diritto all'assistenza sanitaria vantato nei confronti dello Stato (Ssn).

L'art. 3, comma 1, della "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea" proclama oggi che "ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica" e il trattato di Lisbona determina un rafforzamento degli standard di protezione dei diritti fondamentali nell'ordinamento dell'Unione.

Tale diritto implica, per tutti i consociati, l'obbligo d'astensione da condotte che possano cagionare ad altri malattie, infermità o menomazioni: obbligo presidiato – oltre che da sanzioni penali (artt. 581, 582, 583, 590 c.p.) – anche sul piano risarcitorio (artt. 1218 ss. e 2043 ss. c.c.).

L'autodeterminazione non è assoluta

Se è tutelato nei confronti dei terzi, il diritto alla vita non lo è, in concreto, nei confronti del di-





retto interessato: nessuna sanzione consegue, infatti, al suicidio. Costituiscono peraltro reato (art. 580 c.p.) – e integrano gli estremi dell'illecito civile, con conseguente obbligo risarcitorio (ex artt. 2043 ss. c.c.) – le condotte di chi determini altri al suicidio, ovvero ne rafforzi i propositi suicidi, ovvero ancora agevoli in qualche modo l'esecuzione di detti propositi (c.d. istigazione o aiuto al suicidio). Del pari, costituisce reato (art. 579 c.p.) – e illecito civile (art. 2043 c.c.) – la condotta di chi cagiona ad altri la morte, seppure con il di lui consenso (c.d. omicidio del consenziente).

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica, dunque, se trova tutela nei confronti dei terzi è invece rimesso, in linea di principio, all'autodeterminazione del suo titolare.

“Nessuno – dispone infatti l'art. 32, comma 1, Cost. – può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”. (Si tratta normalmente delle necessità di tutelare l'interesse superiore alla protezione della collettività). Al di fuori dei casi (eccezionali) in cui risultino imposti per legge, “gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari” (art. 1, comma 1, L. n. 180/1978) (c.d. principio di autodeterminazione): e dunque richiedono il consenso dell'avente diritto, che – se in stato di piena capacità legale e naturale – ben potrebbe legittimamente opporre un rifiuto alle cure.

Per poter consentire o rifiutare cure e trattamenti sanitari esprimendo la sua volontà, è neces-

sario che il paziente venga correttamente, chiaramente ed esaustivamente informato dal medico (c.d. consenso informato) sulle cure, sui rischi prevedibili, sulle possibili alternative, sulle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Nell'ipotesi in cui un paziente sia invece un incapace legale (ad es. un minore d'età), il consenso deve essere dato dal suo rappresentante legale (nel nostro esempio, dai genitori artt. 315 ss. c.c. e, in particolare, art. 316, comma 4, c.c.). Peraltro, trattandosi di proteggere la vita e la salute dell'incapace, il consenso sarà doveroso quando l'intervento sia obiettivamente utile.

L'eventuale diniego ingiustificato del consenso potrà essere superato ai sensi degli artt. 333, 424 e 384 c.c.

Occorre però sgomberare il campo da un equivoco di fondo, poiché si sente molto esaltare il diritto di libertà/autodeterminazione del paziente senza mettere in correlazione tale diritto con quello (fondamentale, inviolabile, indisponibile, sovraordinato), della vita, né con l'obbligo di cure che grava sul medico, che riveste una posizione di garanzia del bene vita e salute nei confronti del paziente; né con il divieto sancito a livello penale di sopprimere la vita.

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica non è, invero, integralmente rimesso all'autodeterminazione del suo titolare: né lo è il suo diritto a rifiutare cure e trattamenti. La condotta non deve essere contraria alla legge. Infatti, i limiti al potere di autodeterminazione in ordi-

ne agli atti dispositivi del proprio corpo sono dalla legge posti a tutela e nell'interesse dell'avente diritto: non possono certo fungere, in contrasto con la propria funzione, da impedimento a trattamenti medico-chirurgici necessari a preservarne la salute o, addirittura, la vita. L'orientamento a tutela della vita è sancito a livello europeo od internazionale e non certo solo in Italia.

Ciò spiega perché, nell'ipotesi in cui il paziente legalmente capace si trovi in stato di incoscienza, il medico debba procedere a far quanto necessario per salvargli la vita, stante l'impossibilità di raccogliergli il volere nell'urgenza, altrimenti il sanitario è penalmente perseguibile.

Problematiche giuridiche della Bioetica

Il richiamo a diritti assoluti della personalità, diritti inviolabili, fondamentali (pertanto anche indisponibili) quali quello alla vita, all'integrità fisica e alla salute, all'autodeterminazione del paziente – diritti che implicano obblighi *erga omnes* presidiati a livello civile, penale, costituzionale, internazionale – pone il problema di una disciplina che contemperi gli interessi normativamente tutelati dalle diverse disposizioni di legge nella necessità di:

- di salvaguardare il bene della vita, evitando l'accanimento terapeutico nei casi limite
- contemperare la libertà e autodeterminazione del paziente con il dovere di curare da parte dell'operatore sanitario, portatore di una “posizione di ga-

ranza”, nei confronti del bene salute e della vita del paziente

- disciplinare l'intervento nei casi di urgenza per cure e interventi salvavita a prescindere del consenso informato
- distinguere le ipotesi di trattamenti sanitari al di fuori dei casi di emergenza o urgenza (c.d. di “elezione” o programmati)
- predisporre adeguata tutela nei confronti dei minori ed incapaci
- predisporre adeguata tutela, assistenza dei malati terminali, in coma, o i c.d. stati “vegetativo-persistente”.

Va chiarito che se da un lato non si può condividere un trattamento rianimativo della vita o conservativo ad oltranza, quando le cure si appalesino un inutile accanimento terapeutico, d'altro canto non può consentirsi al paziente di rifiutare cure salvavita, perché ciò costituirebbe illecito, civile e penale, violazione di un diritto fondamentale consacrato a livello nazionale e internazionale ed esporrebbe i sanitari al pericolo di un processo penale (omicidio del consenziente, aiuto al suicidio, omissione di soccorso, omissione di atti d'ufficio).

Il biotestamento

L'evoluzione di una patologia irreversibile – che l'utilizzazione di sempre più progredite tecniche medicali consente di rallentare, con il risultato di un prolungamento della condizione di sofferenza del malato prima del suo inevitabile decesso, comporta spesso il sopravvivere di uno stato di infermità di mente, che impedisce al paziente di rifiutare il c.d. accanimento terapeutico (ad es. trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali, che impediscono una normale vita di relazione). Per questa ragione ha preso corpo nel nostro Paese un sempre più vasto movimento d'opinione tendente ad un intervento del legislatore, che riconosca efficacia vincolante alle dichiarazioni rese preventivamente dal paziente – per l'eventualità in cui lo stesso dovesse perdere, in futuro, la capacità di intendere o di volere a seguito della sopravvenienza di una malattia sicuramente o probabilmente irreversibile – in ordine alla propria volontà di essere o meno assoggettato a trattamenti sanitari volti a prolungarne la sopravvivenza (c.d. testamento biologico).

Le dichiarazioni anticipate di trattamento, il cosiddetto testamento biologico o *living will* – esterne in un periodo di forze e salute, in cui si manifesta la volontà di una precoce interruzione di una “vita diminuita” – sono state oggetto di ampio di-

battito in numerosi Paesi, che ne ha messo in luce le gravi difficoltà di affidabilità e certezza. E già la Gran Bretagna ha sentito l'esigenza di un ancoraggio a parametri meno incerti e più obiettivi, respingendo comunque l'eutanasia.

L'eutanasia

La prima osservazione in merito all'eutanasia è che nell'orizzonte del moderno il problema dell'eutanasia attiva, commissiva, dovrebbe a poco a poco sparire. Se infatti con eutanasia attiva s'intende, restrittivamente, la somministrazione della morte come unico rimedio ad una sofferenza intollerabile in situazione clinicamente terminale, allora il progresso farmacologico, apprestando analgesici e rimedi palliativi sempre più perfetti, tali cioè da abolire il dolore senza bisogno di abolire la coscienza, dovrebbe tendere a superare in radice, come arcaico, il problema, che persisterebbe solo in casi eccezionali di mancanza di assistenza sanitaria o nell'area del sottosviluppo.

Nei paesi che si sono di più dedicati a tale tema, pur nella diversità degli ordinamenti (*civil law - common law*, ossia prevalenza della legislazione e di contro prevalenza della giurisprudenza es. Gran Bretagna e Francia) l'eutanasia non è legale, bensì reato e ciò pone un limite alla volontà del paziente che non è concepita come arbitraria e assoluta. I movimenti di opinione sostenitori della totale prevalenza dell'autodeterminazione del paziente contrastano con principi (oltre che etici) giuridici, patrimonio comune, universale. Le leggi che hanno recepito e consacrato principi dapprima enunciati dalla giurisprudenza: Olanda (2001), Belgio (2002), Australia (1996) come si evince dai lavori preparatori, audizioni e dibattiti che le hanno precedute, sono state mosse più dal sentimento di pietà verso il paziente (*patient-mercy*), che dalla valorizzazione della “libera” scelta del paziente (autodeterminazione, *patient autonomy*). Va poi notato l'assoluto rigore di tali disposizioni di legge che mai contemplano la volontà del paziente come unico requisito. Esse infatti hanno sempre considerato la necessità della sussistenza contemporanea di altri elementi tra cui: l'assenza di soluzioni alternative, prognosi e diagnosi certe, insopportabili sofferenze del paziente (“*Lasting-unberable suffering*”; “*persistent, unberable pain wich cannot be alleviated*”; “*experience pain to an extent unacceptable*”).

Si tratta di leggi assai rigorose nei parametri di applicazione.

► Segue a pagina 22

Medical malpractice & Tribunali

La prassi della richiesta di un consulente di ufficio *extra districtum* è corretta?

di Carlo Cincotti
Avvocato, Foro di Napoli

Non sfugge o non è sfuggito a coloro che frequentano le aule dei Tribunali, come avvocati o come consulenti o a volte come parti, che sempre più spesso si assiste nei casi di presunta *medical malpractice* che una delle parti chieda al giudice che il Consulente Tecnico d'Ufficio (Ctu) venga nominato *extra districtum*. A sommosso avviso di chi scrive, questa prassi, a prescindere anche da un vago concetto di legittima suspicione, mina i principi cardine del nostro processo civile.

Infatti, i principi della consulenza tecnica d'ufficio si basano, com'è noto, sui seguenti postulati:

- 1) che il consulente nominato d'ufficio sia un ausiliare del giudice e, in quanto tale, terzo e imparziale;
 - 2) che il consulente nominato non solo sia competente, ma goda della fiducia e della stima del giudice che lo ha designato;
 - 3) che il giudice è *peritus peritorum*.
- In realtà, volendo leggere tra le righe, chiedendo che venga nominato, di principio, un consulente da ricercarsi al di fuori del distretto della Corte di Appello di dove si è verificato l'intervento medico, si afferma che:
- a) il consulente d'ufficio potrebbe non essere imparziale;
 - b) il consulente potrebbe non

Come garantire terzietà e imparzialità, assicurando alla Giustizia le migliori consulenze tecniche. Senza ricorrere ad una prassi poco rispettosa del ruolo del Giudice e della professionalità del Consulente d'Ufficio

meritare l'incarico affidato; c) ma soprattutto il giudice potrebbe non riuscire a supervisionare l'elaborato peritale.

Ci si rende subito conto come ciò non è ammissibile.

Gli orecchianti che sempre più spesso operano nei tribunali ripetono fino alla nausea che la Consulenza Tecnica d'Ufficio non è un mezzo di prova. In realtà "la consulenza tecnica" è un mezzo istruttorio sottratto alla disponibilità delle parti e affidato al prudente apprezzamento del giudice del merito" (ex multis Corte di Appello di Torino 21/04/2004).

Con la doverosa premessa che il Consulente Tecnico d'Ufficio è un ausiliario del Giudice, si può (rectius) si deve interpretare il suo ruolo e il frutto del suo lavoro come producenti effetti solo ed

esclusivamente dopo la validazione del giudice che, anche a seguito di censura critica della Consulenza Tecnica d'Ufficio effettuata dai consulenti delle parti, può disattendere le conclusioni della consulenza e formarsi, in difformità dall'elaborato peritale, il suo libero convincimento.

In altri termini, si può affermare che il prudente apprezzamento del giudice non si deve basare esclusivamente sull'opera del consulente d'ufficio ma può e deve tenere in considerazione anche i consulenti delle parti.

Relativamente ai consulenti di parte, occorre chiedersi se essi siano affidabili per la decisione finale o se nello svolgimento della loro funzione possono travalicare anche i limiti assegnati dalle cosiddette regole dell'arte. Ovvero il Consulente Tecnico di Parte, pur nel rispetto della teoria della prospettazione, può formulare affermazioni anche contro la verità scientifica per favorire il proprio committente e portare a casa il risultato richiesto?

Un consulente tecnico di parte che sia un consulente nel pieno rispetto del termine sa bene che il risultato cui è diretto l'interesse della parte committente resta



al di fuori del contenuto dell'obbligazione del consulente tecnico che l'assiste, cosicché la sua mancata realizzazione al termine del giudizio non costituisce, di certo, inadempimento del consulente. Quindi l'attività del Consulente Tecnico di Parte non può essere ricondotta alla categoria dell'obbligazione di risultato, ma deve essere considerata quale obbligazione di mezzi alla stregua dell'attività del procuratore legale, ma si concreta nell'incarico di fornire "gli elementi di valutazione necessa-

ri e i suggerimenti opportuni onde poter adottare consapevoli decisioni a seguito d'un apprezzamento ponderato di rischi e vantaggi" (Cass., 14 novembre 2002, n. 16023).

Orbene, se l'opera del consulente di Ufficio è sottoposto al vaglio del giudice e il giudice stesso è coadiuvato dall'operato dei consulenti di Parte che, nel rispetto dei ruoli, forniscono ulteriori elementi di giudizio, la richiesta di un tecnico *extra districtum* si giustifica, allora, all'unico fine di evitare "condizionamenti" dovuti alla comune sfera territoriale di esercizio della professione medica tra il Consulente Tecnico d'Ufficio e il convenuto nel giudizio, ad esempio, per responsabilità medica.

Balza agli occhi che la richiesta di nomina di un tecnico *extra districtum* non sia la soluzione sia in ordine alla professionalità sia alla imparzialità; migrazioni universitarie, convegni e congressi possono nullificare questa precauzione.

L'apporto delle società scientifiche

Alla luce di quanto sopra, pertanto, appare, la richiesta di nomina del consulente *extra districtum* veramente poco rispettosa del ruolo del Giudice e della professionalità del Consulente d'Ufficio.

Se ciò è vero, come è vero, si apre la strada alle Società scientifiche di coadiuvare il magistrato nella scelta del consulente, mettendo a sua disposizione un ventaglio di nomi lontani da condizionamenti e dotati della necessaria capacità tecnica professionale per adempiere il loro mandato.

Il magistrato dovrebbe chiedere alla Società scientifica di riferimento del medico convenuto in giudizio una rosa di nomi che la Società scientifica dovrebbe fornirgli dopo aver preventivamente eseguito un'operazione di screening nella scelta dei nomi, per assicurare non solo competenza specifica, ma anche per eliminare amicizie e/o inimicizie tra il Consulente e il soggetto sottoposto a giudizio.

Le Società scientifiche farebbero così da garanti di terzietà e imparzialità e assicurerebbero alla Giustizia delle consulenze non solo imparziali ma sicuramente effettuate dai professionisti più accorsi e dotati delle migliori competenze. **Y**

È tempo che le Società scientifiche coadiuvino il magistrato nella scelta del consulente, mettendo a sua disposizione un ventaglio di nomi lontani da condizionamenti e dotati delle migliori competenze

► **Segue da pagina 21**

Non è di poco conto poi che siano state emesse negli anni Novanta ovvero in un periodo in cui la scienza medica ancora non dava adeguato sostegno alla sofferenza del paziente. Oggi queste sono considerate prime, insoddisfacenti risposte in un contesto in cui non erano così sviluppate le tecniche palliative, il trattamento del dolore, l'enorme progresso della scienza e della tecnica in materia di cui possiamo godere oggi, predisponendo strutture adeguate a sostenere i pazienti e le loro famiglie solidalmente.

Nell'esperienza dei paesi che hanno legalizzato l'eutanasia, la *ratio legis* è stata l'esigenza di ovviare a sofferenze non sostenibili e non evitabili. Inoltre è stata avvertita la preoccupazione di evitare possibili (intollerabili) suggestioni/manipolazioni di questi pazienti particolarmente esposti e vulnerabili, da parte di terzi, (dalla struttura che può non volere sostenere costi "inutili"; ai parenti per i quali il malato costituisce un onere troppo gravoso sotto il profilo morale, economico, di stress e si trovano nell'impossibilità di accettare la malattia e fornire sostegno

solidale, anche perché troppo spesso non aiutati dalla società e dalle strutture sanitarie).

Gli articoli, i dibattiti, i lavori preparatori delle leggi, le sentenze hanno evidenziato gradualmente la necessità di maggior tutela contro le richieste di eutanasia non "genuine" e le ripercussioni negative sul rapporto medico-paziente, poiché compito

del medico e del servizio sanitario è curare e non procurare morti anticipate.

La maggioranza dei paesi oggi ritiene, oltre che illecita e contraria ai diritti

fondamentali, anche superata la motivazione in favore dell'eutanasia (risparmiare al paziente intollerabili sofferenze prima di una morte inevitabile cui si sta avviando), orien-

tandosi verso lo sforzo di incrementare strutture e personale deputato a sostenere, con la dovuta assistenza solidalmente, questi malati e le loro famiglie, chiamando in causa un doveroso coinvolgimento socio-sanitario. La maggior parte dei paesi distingue, condannandole, l'eutanasia e l'assistenza al suicidio, dalla sospensione di cure obiettivamente non più utili nell'imminenza della morte o in quegli stadi di malattia qualificabili come irreversibili (coma, stato vegetativo persistente, ecc.), che costituirebbero "accanimento terapeutico". **Y**

Prosegue sul prossimo numero la seconda parte dell'articolo dedicata a un approfondimento sulle scelte del fine vita negli ordinamenti di Gran Bretagna e Francia