



*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

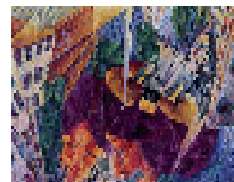
## **Eutanasia ed accanimento terapeutico**

Autore: Alessandro Ratti

Classe: Basisti

Tutor: Stefano Cecchin / Roberto Vallini





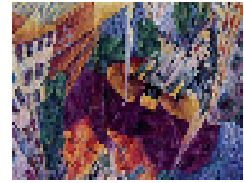
*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

## Indice

- Concetto di vita e di morte - Eutanasia e teorie al riguardo
- Eutanasia e diritto – Statistiche e casi di eutanasia
- Malati terminali – Accanimento terapeutico
- Standard di informazione del medico al paziente – Diritto del paziente di non sapere
- Testamento biologico – Procura sanitaria – Opinione dei medici in merito





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

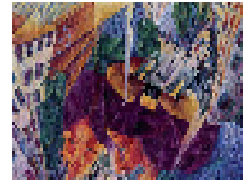
*Fiera Milanocity - Milano*

### **Concetto di vita e di morte - Eutanasia e teorie al riguardo**

La rapidità con cui avanza e si perfeziona oggi la tecnologia ha profondamente modificato, rispetto al passato, il modo di percepire il senso e il valore della vita, le malattie, l'infermità e perfino la morte. Basta pensare ai progressi compiuti dalla scienza negli ultimi anni per capire la portata delle scoperte e la loro influenza sull'esistenza non soltanto del singolo ma dell'intera umanità. La crescente complessità della vita ha come effetto collaterale certi comportamenti che si verificavano raramente nel passato, oppure erano del tutto sconosciuti. Uno di questi riguarda la morte: come viene percepita, intesa e vissuta.

Oggi la nostra esperienza della morte è in fase di cambiamento. E' un rapporto che sta mutando. Questo nuovo fatto è senza dubbio un effetto della longevità umana che si può certamente attribuire alle migliorate condizioni di vita, alla scoperta degli antibiotici, dei





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

vaccini e al progresso generale della medicina. Mentre per migliaia d'anni su 100 morti 75 avevano meno di 35 anni e 50 meno di 15 anni, oggi, nei paesi sviluppati, 50 morti su 100 hanno più di 75 anni. La morte non è più sperimentata come un evento che falcia

un'esistenza nel suo nascere o nel fiore degli anni, ma come una tappa naturale di una vita che si spegne in tarda età. In misura sempre maggiore il problema non è più come ritardare la morte, ma se abbiamo motivi per prolungare la nostra vita e quella delle persone che amiamo infliggendo a noi e a loro fasi di vita più o meno dolorose.

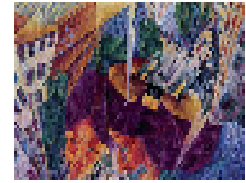
E' una situazione del tutto nuova che obbliga a riflettere dal punto di vista teologico, morale, giuridico, sociale sul diritto che gli esseri umani hanno della loro vita e della loro morte. Si tratta quindi di riprogettare tutta la società adeguandola a questo mutamento, rimettendo in discussione l'odierna struttura economica, l'organizzazione amministrativa e sociale e la visione della vita. Tali trasformazioni socio-culturali del significato della morte e del suo contesto sono collegate al problema dell'eutanasia.

L'eutanasia era conosciuta anche dalle antiche civiltà<sup>1</sup>; ne è conferma il giuramento di Ippocrate da Kos ( 460-377 a C. ), in cui si legge: "Non darò a nessuno alcun farmaco

---

<sup>1</sup> F. Adorno, Repubblica di Platone, III, Torino, UTET, 1996, pp. 406 – 407 – Nel mondo ellenico la vita aveva valore solo se serviva a qualche scopo, alla conservazione ed al mantenimento della comunità.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

mortale neppure se richiestone, né mai proporrò un tale consiglio” che ancora oggi fa parte della tradizione medica occidentale<sup>2</sup>.

L'avvento del Cristianesimo nel mondo occidentale ha rappresentato un'evoluzione che ha capovolto il comune sentire in materia. Il precetto divino “non uccidere” ha spinto i primi cristiani a ripudiare il concetto dell'infanticidio eugenico ed eutanasi. Giunto il XX secolo, con l'avvento e il consolidamento al potere del nazionalsocialismo in Germania, si è realizzato per la prima volta nella storia un programma eutanasi di enorme ampiezza<sup>3</sup>.

Eutanasi non costituisce una nozione giuridica bensì una nozione di carattere empirico o socioprogrammatico, sicché non è facile né immediato coglierne una connotazione precisa di tipicità.

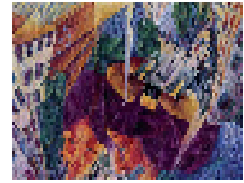
Nel suo significato letterale ed etimologico, il termine eutanasi significa "morte dolce", dopo un processo del morire privo di sofferenze. Partendo da questa originaria

---

<sup>2</sup> S. Spinsanti, Documenti di deontologia ed etica medica, Milano, Paoline, 1985, p. 19. Questo impegno a favore della vita e contro la morte è ribadito nel codice di deontologia medica approvato dal consiglio nazionale della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri il 24 giugno 1995 all'articolo 35: Il medico anche se richiesto dal paziente, non deve effettuare trattamenti diretti a menomare l'integrità psichica e fisica e ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte.

<sup>3</sup> R.A. Graham, Il diritto di uccidere nel Terzo Reich, in “La Civiltà Cattolica”, 120, 1975, pp. 575 – 576





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

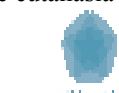
connotazione positiva, il termine viene ripreso e introdotto nel linguaggio medico dal filosofo Francesco Bacone<sup>4</sup>.

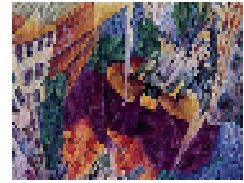
Diverso è il significato che la nozione di eutanasia ha assunto in concreto nei popoli e nel tempo, ove essa ha sempre evocato il concetto di uccisione, eseguita per diverse finalità e con diversi metodi.

Attorno al significato di eutanasia si sono così venuti a raggruppare fenomeni diversi, riconducibili a questa catalogazione: Eutanasia collettivistica: posta in essere per un fine di utilità pubblico-collettiva, non consensualmente e su larga scala. Essa abbraccia l'eutanasia eugenica, economica, criminale, sperimentale, profilattica, solidaristica. L'eutanasia individualistica che può essere passiva, consistente nella mera omissione o interruzione del trattamento terapeutico o attiva, consistente nel cagionare la morte del paziente, mediante un comportamento attivo.

---

<sup>4</sup> D. Neri, Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone, Bari, Laterza, 1995, p. 11, dove viene riportato un passo di Francesco Bacone, che dice alcune cose importanti per aiutarci a segnare dei limiti plausibili all'uso del termine eutanasia





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Si tratta di una distinzione da alcuni criticata in quanto si può prestare a confusione: in entrambi i casi, infatti, vi è intenzione di provocare direttamente la morte, o tramite un gesto deliberato, o tramite cessazione delle cure.

Sin da quando l'eutanasia ha iniziato a essere oggetto di studio e d'interesse medico ha sollecitato la riflessione e la valutazione dei teologi moralisti.

Le definizioni di eutanasia di alcuni tra i più importanti teologi moderni si ricollegano alla tendenza di legalizzare l'eutanasia negli ordinamenti statuali; degni di essere ricordati

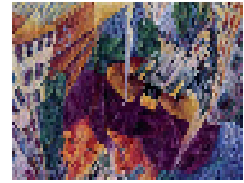
sono E. Sgreccia<sup>5</sup>, V. Marcozzi<sup>6</sup>, le cui tesi vengono riprese nella Dichiarazione sull'eutanasia "Iura et bona" della S.Congregazione per la Dottrina della Fede del 5 maggio 1980<sup>7</sup> e il documento della Congregazione Vaticana<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> E. Sgreccia, Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica, I, Milano, Vita e pensiero, 1991, pp. 55 – 60 - afferma che occorre dare una precisa definizione di eutanasia e distinguere questo tipo di procedimento da ogni altra pratica medica diretta a lenire il dolore o a evitare trattamenti terapeutici non necessari e non proporzionati all'effetto desiderato di prolungare la vita.

<sup>6</sup> V. Marcozzi, Il cristiano di fronte all'eutanasia, in "La Civiltà Cattolica", 126, 1975, pp. 322 – 336 - per eutanasia s'intende la soppressione indolore o per pietà di chi soffre o si ritiene che soffra e che possa soffrire nel futuro in modo insopportabile





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

I sostenitori della sacralità della vita e quindi della sua inviolabilità ritengono che la vita umana sia un dono di Dio. Non v'è autorità terrena che possa avocare a sé il potere di sopprimere, consapevolmente e volontariamente, una creatura umana innocente, neppure quando sia il titolare a farne richiesta. Le posizioni della Chiesa Cattolica suffragate dalla lettera enciclica *Evangelium Vitae* del Pontefice Giovanni Paolo II seguono questa linea di pensiero.

In antitesi a un tale atteggiamento di totale e netta chiusura nei confronti dell'eutanasia, si pone la dottrina che ritiene importante e non ignorabile il fatto che, a fronte del rigore della legge penale, ci sia una realtà quotidiana, negli ospedali, nelle aule di giustizia, nella

---

<sup>7</sup> Iura et bona" della S.Congregazione per la Dottrina della Fede del 5 maggio 1980 – per eutanasia si intende un'azione od un'omissione che di natura, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare il dolore.

<sup>8</sup> J. V. Visser, Pronunciamento ufficiale della Santa Sede sull'eutanasia, in "Medicina e morale", 1981. Santa Congregazione per la dottrina della fede , dichiarazione sull'eutanasia (5.5.1980 ), in *Enchiridion Vaticanum*

<sup>9</sup> *Evangelium vitae: Valore e inviolabilità della vita*, 25 Marzo 1995, <http://www.giovannipaolosecondo.rai.it/pastorale/enciclice/index.php?a=25>

prende espressamente in considerazione i temi dell'eutanasia e analizza in generale le materie dell'assistenza ai morenti, della sospensione delle cure, dell'accanimento terapeutico, delle cure palliative. Dal principio della sacralità della vita si fa discendere, poi, il corollario dell'inviolabilità della stessa e, conseguentemente, la regola dell'illegittimità di tutte le pratiche che siano destinate a sopprimere la vita umana, pur a fronte della richiesta di un morente sofferente.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

società, che necessita di coniugare le esigenze della salvaguardia della vita con quelle della tutela di una vita umana dignitosa<sup>10</sup>.

E' questa l'etica della qualità della vita o della sacralità della vita biografica. La dottrina si dimostra sensibile a questo mutamento della coscienza e ritiene eccessivamente severa e fortemente inadeguata la disciplina dell'eutanasia che si desume dal diritto penale vigente. I sostenitori di tale teoria chiedono al diritto di essere laico, neutrale lasciando spazio al libero convincimento delle coscienze. Inoltre vorrebbero che la rivendicazione dell'eutanasia potesse essere iscritta nella dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo<sup>11</sup>.

Secondo Demetrio Neri<sup>12</sup> la distinzione tra eutanasia attiva e passiva sembra in buona parte fondarsi su una differenza sostanziale tra fare e non fare, tra azione e omissione che

---

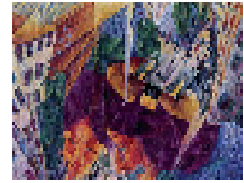
<sup>10</sup> C. F. Grosso, Liceità per l'eutanasia?, in "Nuvole", 10, 1996, p. 31

<sup>11</sup> L. Rossi, Eutanasia, in "Dizionario Enciclopedico di Teologia morale", Roma, Paoline, 1976, p. 384.

L'Euthanasian Society of America ha presentato all'ONU una petizione in questo senso. A proposito della rivendicazione dell'eutanasia come diritto, Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae*, scrive che "una delle caratteristiche proprie degli attuali attentati alla vita umana consiste nella tendenza di esigere una loro legittimazione giuridica, quasi fossero diritti che lo Stato, almeno a certe condizioni, deve riconoscere ai cittadini e, conseguentemente, nella tendenza a pretendere la loro attuazione con l'assistenza sicura e gratuita dei medici e degli operatori sanitari"

<sup>12</sup> D. Neri, Eutanasia, scelte morali, dignità delle persone, Bari, Laterza, 1995, p. 24





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

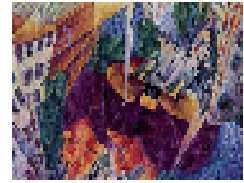
*Fiera Milanocity - Milano*

tuttavia non è più in grado di farci cogliere la complessità delle situazioni concrete nelle quali opera il personale sanitario. Un'altra puntualizzazione viene evidenziata da Federico Stella che si domanda quale differenza ci sia tra il comportamento di chi inietta un farmaco con effetti mortali e il comportamento di chi stacca il malato dal respiratore artificiale concludendo che tra un atto e l'altro non vi è differenza alcuna. Sarebbe dunque inevitabile concludere nel senso di un'identica valutazione dell'eutanasia attiva e passiva: nell'uno e nell'altro caso si tratterebbe di un'attiva causazione della morte, che non consentirebbe al legislatore giudizi diversi dal giudizio di illiceità. Egli giunge, in conclusione, a ritenere ragionevolmente sostenibile l'opinione che al concetto di omissione di cure mediche siano riconducibili anche comportamenti come l'interruzione della respirazione artificiale. L'estensione all'eutanasia passiva dei criteri propri dell'eutanasia attiva diventa chiara e comprensibile; sono in gioco le regole che disciplinano non le azioni attive, ma l'omissione. E poiché l'omissione penalmente rilevante è solo quella che sia contraria ai propri doveri, ciò che occorre verificare è se il medico che realizza l'omissione delle cure sia o non sia obbligato a mantenere in vita il paziente<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> F. Stella, Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche, in "Medicina legale", 1984, pp. 1007 - 1016





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

## **Eutanasia e diritto – Statistiche e casi di eutanasia**

Nell'ordinamento giuridico italiano non è possibile rinvenire una disposizione ad hoc in tema di eutanasia. Avendo come oggetto l'uccisione di un essere umano essa potrebbe essere tutelata dalle norme che sono oggetto del titolo XII del codice penale, che regolamenta l'interesse dello Stato alla salvaguardia della vita.

Qualora vi sia il consenso della vittima all'uccisione, l'eutanasia pietosa volontaria da alcuni viene considerata come omicidio del consenziente ex art. 579 c.p.<sup>14</sup>, con pene attenuate rispetto all'omicidio volontario, con l'esclusione dell'applicazione delle aggravanti di cui all'art. 61c.p.. Tuttavia, considerato il secondo comma dell'art. 579 e in particolare il n. 2, è difficile pensare di poter applicare la fattispecie sopraindicata piuttosto che le disposizioni relative all'omicidio comune ex art. 575c.p.; infatti spesso l'atto

---

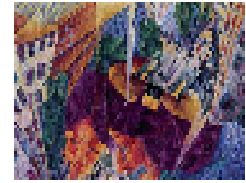
<sup>14</sup> Art. 579 c.p: Omicidio del consenziente:  
Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui ( 50 ) , è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio ( 575 - 577 ) se il fatto è commesso:

- contro una persona minore degli anni diciotto;
- contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

eutanasico viene compiuto su persone che si trovano in condizioni di deficienza psichica, impedendo di considerare l'atto come omicidio del consenziente ex art. 579 c.p. In tali casi

si deve applicare necessariamente la ben più rigorosa disciplina dell'omicidio volontario comune ex art. 575 c.p.<sup>15</sup>, senza che il motivo soggettivo della pietà e le condizioni oggettive di sofferenza e di malattia letale siano espressamente valutate come attenuanti, se non sulla base dell'art. 62 bis c.p., che disciplina le attenuanti generiche, dove il giudice indipendentemente dalle circostanze attenuanti comuni previste dall'art. 62 c.p.<sup>16</sup> può prendere in considerazione altre circostanze diverse, qualora le ritenga tali da giustificare una diminuzione della pena. A fronte di queste attenuanti, che potrebbero condurre a una riduzione della pena fino ad un terzo, da un lato, nel caso di omicidio comune, non varrebbe più l'esenzione dall'applicazione delle aggravanti ex art. 579 c.p., dall'altro, nelle

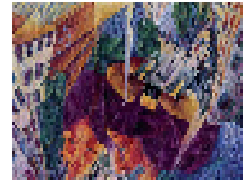
---

<sup>15</sup> Art. 575 c.p. : Omicidio:  
Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

<sup>16</sup> Art. 62 c.p. : Circostanze attenuanti comuni:  
Attenuano il reato, quando non ne sono elementi costitutivi o circostanze attenuanti speciali, le circostanze seguenti:

- 1) l'aver agito per motivi di particolare valore morale e sociale;  
( omissis )





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

uccisioni pietose possono avere rilevanza situazioni aggravanti specifiche<sup>17</sup>. A fronte di un legislatore così rigoroso l'unico strumento disponibile per mitigare la sanzione della pena,

pur sempre nei limiti fissati dalla legge, rimane quindi il giudizio discrezionale del giudice<sup>18</sup> ex art. 132<sup>19</sup> e 133<sup>20</sup> c.p..

---

<sup>17</sup> Art. 577 c.p. : Altre circostanze aggravanti. Ergastolo.

Si applica la pena dell'ergastolo se il fatto preveduto dall'art. 575 è commesso:

- 1) contro l'ascendente o il discendente;
- 2) col mezzo di sostanze venefiche, ovvero con un altro mezzo insidioso;
- 3) con premeditazione;
- 4) col concorso di talune delle circostanze indicate nei numeri 1 e 4 dell'art. 61.

La pena è della reclusione da ventiquattro a trenta anni, se il fatto è commesso contro il coniuge, il fratello o la sorella, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo, o contro un affine in linea retta.

<sup>18</sup> F.Stella, L'errore sugli elementi specializzati dalla fattispecie criminosa, in "Rivista italiana diritto processuale penale", 1964, p. 164

<sup>19</sup> Art. 132 co. 1 c.p.: Potere discrezionale del giudice nell'applicazione della pena: limiti:

nei limiti fissati dalla legge, il giudice applica la pena discrezionalmente; esso deve indicare i motivi che giustificano l'uso di tale potere discrezionale.

( omissis )

<sup>20</sup> Art. 133 c.p. : Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena

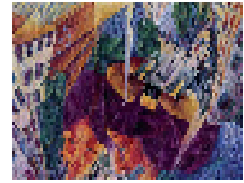
Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tener conto della gravità del reato, desunta;

- dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;
- dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
- dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole, desunta:

- 1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;
- 2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;
- 3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;
- 4) dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Benché come visto di norma l'eutanasia venga ricondotta prevalentemente intorno alle fattispecie ex art. 575 e 579 c.p., tuttavia può essere facilmente ipotizzabile un'applicazione dall'art. 580 c.p.<sup>21</sup>, che disciplina l'istigazione o l'aiuto al suicidio, punendo l'agente che concorre all'esecuzione della morte, fornendo i mezzi materiali o agevolandola in qualsiasi

altro modo<sup>22</sup>. Anche in questo caso costituiscono aggravanti specifiche le condizioni di infermità di mente o di deficienza psichica.

Quale che sia la disciplina da applicare, omicidio comune, omicidio del consenziente o aiuto al suicidio, non v'è dubbio che, limitando l'indagine alla legislazione penale, ne

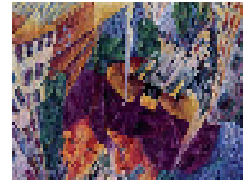
---

<sup>21</sup> Art. 580 c.p. : Istigazione o aiuto al suicidio:

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere e volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

<sup>22</sup> F. Antolisei, Manuale di diritto penale, Parte speciale, I, XI edizione, Milano, Giuffrè, 1994, p. 63. Si pensi al caso del medico che, dietro richiesta del malato, gli prescrive dei medicinali indicandogli anche le dosi letali, o al caso di chi si limiti a riempire la siringa e a porgerla al malato, assistendolo nel momento dell'auto - iniezione. Ma le modalità di aiuto possono essere le più disparate: è tratto dalla cronaca il caso del medico australiano che ha predisposto un computer che guida il paziente attraverso una serie di domande, l'ultima delle quali è "se premi ok riceverai un'iniezione letale entro 30 secondi morirai. Desideri procedere?" L'agevolazione materiale al suicidio, può avvenire anche con un'omissione. In tal caso, però, occorre che il soggetto agevolante abbia violato un obbligo giuridico a contenuto positivo





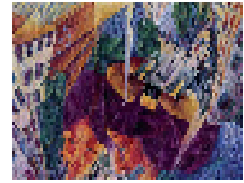
*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

scaturisca un quadro di estremo rigore, tale per cui l'anticipare anche di pochi istanti il momento della morte o l'omettere interventi che potrebbero prolungare di poco la vita, ancorché "pietatis causa", costituisce condotta penalmente rilevante punibile con sanzioni fortemente incisive. Con una precisazione importante: in seguito alla legge 29/12/1993 n. 578, intervenuta a positivizzare un criterio ormai scientificamente consolidato di accertamento del fine-vita, la morte si identifica con la cessazione irrevocabile di tutte le funzioni dell'encefalo. Sicché alla luce del diritto positivo vigente, è escluso si possa parlare di uccisione di un uomo e dunque di eutanasia, quando si intervenga con atti diretti a staccare la spina in soggetti a encefalogramma piatto, in quanto già colpiti da morte cerebrale.

Molte sono le posizioni della giurisprudenza nei confronti di questa materia: una considera una persistente inadempnienza del legislatore, l'altra sostiene il cosiddetto "silenzio delle regole". La prima ritiene che l'apertura sia l'unica via percorribile, data l'inadeguatezza del diritto scritto. La soluzione migliore è lasciare la decisione ai giudici comuni garantendo la massima aderenza del diritto al caso concreto e la sua costante adattabilità ad una realtà in continua trasformazione. La domanda che quindi ci si pone è





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

se sia meglio affidarsi alla prudenza del magistrato che all'arbitrio di una norma particolare, che potrebbe prestarsi ad interpretazioni ed eccessi di ogni genere. Affidarsi ai singoli giudici illuminati dalla loro esperienza porta però a rinunciare a qualsiasi certezza del diritto. La seconda, sollecitata da ciò che succede tutti i giorni, seppur nascostamente, nei termini di dolce morte, sostiene che "il silenzio delle regole" non è mai una soluzione perché "senza la legge, niente è fuori legge"<sup>23</sup>.

E' preciso dovere dello Stato non ignorare la realtà, ma affrontarla, conoscerla, disciplinarla con regole.

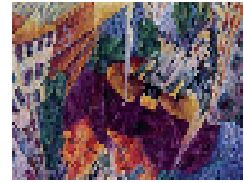
La distinzione tra lasciar morire (eutanasia passiva ) ed uccidere (eutanasia attiva)<sup>24</sup> si riflette sul piano causale; nel primo caso la morte è conseguenza di una malattia di cui il

---

<sup>23</sup> L.D'Avack, I figli del 2000 tra regole di comportamento e norme giuridiche, Milano, Giuffrè, 1991, p. 35

<sup>24</sup> S..Privitera, Duplice effetto, in "Dizionario di Bioetica", Catania, 1994, p. 44. Secondo la TEORIA DEL DOPPIO EFFETTO o del male minore è moralmente lecito compiere atti che comportano, oltre a uno o più effetti positivi, anche effetti negativi, purché siano rispettate quattro condizioni: l'atto non deve essere moralmente negativo; l'intenzione dell'agente nel compiere l'atto deve essere diretta ad ottenere l'effetto positivo, pur nella consapevolezza che possa aversi inevitabilmente un effetto negativo; l'effetto negativo non deve essere necessario e preliminare al conseguimento del risultato positivo; vi devono essere condizioni di tali gravità da indurre l'agente ad optare per l'atto dal doppio effetto rispetto ad altre possibili alternative, ossia l'effetto buono deve essere proporzionalmente maggiore di quello cattivo. Questa teoria è stata oggetto di numerose interpretazioni all'interno della teologia morale cattolica,





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

medico non ha impedito l'evolversi, nel secondo è conseguenza della sua azione. Si comprende allora il minore disvalore morale dell'omissione, che consiste nel non aver impedito un evento, la cui causa non è costituita da una condotta umana.

La distinzione tra eutanasia attiva e passiva, propria del dibattito contemporaneo, è strettamente collegata oltre che all'ambito etico - deontologico a quello giuridico.

Pur nei limiti di una eutanasia passiva, va ricordato che secondo l'articolo 40 co. 2 c.p. "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo" e da ciò deriva che nessun provvedimento assistenziale può essere omesso a sostegno della vita, finché questa è presente.

Offrire supporti per il mantenimento della vita non va visto come accanimento terapeutico che provoca sofferenze, ma come astensione da ogni azione od omissione che direttamente anticipi una morte.

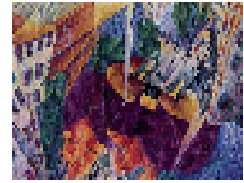
---

dando peso ora all'elemento della proporzionalità attraverso la distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari di cura, ora a quello dell'intenzione, attraverso la distinzione tra volontà intenzionale e prevedibile dell'evento



Fondazione Europa Civiltà – Via Fabio Filzi, 33 – 20124 Milano [seminari@europaciviltà.it](mailto:seminari@europaciviltà.it)

[www.europaciviltà.it](http://www.europaciviltà.it)



*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Non vi è dilemma fra doveri e facoltà, ma questi sono ben definiti e separati. La legge è fin troppo rigida e la sua staticità è stata più volte rimarcata, nello stabilire i parametri per l'accertamento della morte cerebrale. Questa, se constatata, deve essere dichiarata.

In sintesi non è ammissibile ogni decisione di rinuncia all'assistenza del soggetto in coma, in primo luogo sotto il profilo giuridico, in subordine deontologico ed etico.

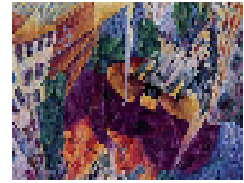
Di recente in Italia un'inchiesta dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, svolta per mezzo di un questionario anonimo sottoposto a 257 medici di venti unità di terapia intensiva di Milano, ha rilevato che il 3,6% degli intervistati ha praticato l'eutanasia con l'uso di farmaci letali, mentre il 38,6% ha sospeso il trattamento almeno una volta. Commentando i dati del sondaggio il Presidente del Comitato etico della Fondazione Floriani di Milano, Franco Toscani<sup>25</sup>, ha affermato che è vero che l'eutanasia attiva si pratica. E i dati sono superiori a quel 3,6%, probabilmente arrivano al 7%.

Il campionario è in effetti assai vasto. Si pensi a Bernard Kouchner, attuale ministro degli esteri francese, già ministro della sanità, medico e fondatore di *Mèdicin sans frontières*, il

---

<sup>25</sup> Corriere della Sera, Intervista a F. Toscani su dati relativi all'eutanasia, 13 Novembre 2002





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

quale ha ammesso pubblicamente ad Amsterdam di avere praticato più volte l'eutanasia, sia attiva che passiva, in Libano e in Vietnam, precisando che "l'eutanasia è contraria all'etica medica poiché i medici esistono per proteggere la vita e non per metterle fine. Ma se qualcuno dice che vuole morire, la società ne deve tenere conto<sup>26</sup>".

Non si possono dimenticare le commuoventi e significative parole di P. Welby contenute nella lettera<sup>27</sup> al Presidente Napolitano e le altrettanto profonde parole di risposta del Presidente<sup>28</sup>.

### **Malati terminali – Accanimento terapeutico**

Dal punto di vista scientifico non esiste una nozione ufficiale di malato terminale, che in sintesi si può definire come un soggetto con ridotta aspettativa di vita, bisognoso di assistenza continuativa e nei cui confronti le terapie sono inutili.

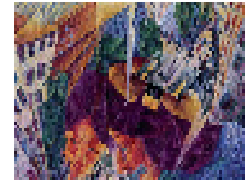
---

<sup>26</sup> Le Monde , Caso di Bernard Kouchner, 26 Luglio 2001

<sup>27</sup> P.Welby : Morire mi fa orrore, purtroppo ciò che mi è rimasto non è più vita – è solo un testardo accanimento nel mantenere attive delle funzioni biologiche – il mio corpo non è più mio.... La morte non può essere dignitosa...definire la morte per eutanasia dignitosa è un modo di negare la tragicità del morire... cosa è la morte? E' una condizione indispensabile per la vita.

<sup>28</sup> Presidente G. Napolitano: " mi auguro che un tale confronto ci sia, nelle sedi più idonee, perché il solo atteggiamento ingiustificabile sarebbe il silenzio, la sospensione o la delusione di ogni responsabile chiarimento".





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Anche il Consiglio d'Europa è più volte intervenuto sul tema dei diritti dei morenti, così come l'Assemblea generale<sup>29</sup> e la Commissione per gli affari sociali del Consiglio d'Europa, che nel rapporto sulla protezione dei diritti umani e della dignità dei malati terminali e dei morenti del 1999, conclude con la raccomandazione di procedere sul terreno legislativo al riconoscimento di un effettivo diritto alle cure palliative dei soggetti in fin di vita, alla protezione del diritto di autodeterminazione del morente e al rafforzamento delle norme che vietano la volontaria soppressione dei malati terminali.

Nel nostro ordinamento l'affermazione del diritto a non soffrire è supportato dalle norme costituzionali che tutelano i diritti inviolabili dell'uomo, che sanciscono il principio del rispetto per la dignità della persona. Sarebbe ingiusto non utilizzare tutti i mezzi che sono oggi disponibili per alleviare le sofferenze del malato terminale<sup>30</sup>.

Significativo a tale proposito è l'art. 37 del Codice deontologico medico del 1998<sup>31</sup>.

Cruciale è quando si verifica una situazione di tale gravità da richiedere la somministrazione di dosi massicce di oppioidi col risultato di accelerare la morte del

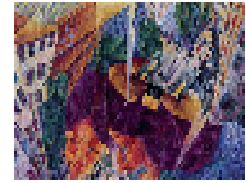
---

<sup>29</sup> Assemblea generale: "il prolungamento della vita non deve costituire l'unico obiettivo della pratica medica, che deve porre il sollievo sullo stesso piano dalla sofferenza".

<sup>30</sup> S. Zavoli, Intervista a M. Gallucci, *Il dolore inutile. La pena in più del malato*, Garzanti, Milano, 2002, p. 196

<sup>31</sup> Art. 37 codice deontologico medico del 1998: in caso di malattie con prognosi sicuramente infausta, o comunque giunte alla fase terminale, il medico dovrà ispirare il suo operato alle finalità del sostegno morale e dell'erogazione di ogni terapia antidolorifica, fornendo a chi è in difficoltà, per quanto possibile, i trattamenti che sono idonei a preservare la qualità della vita





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

paziente. Secondo la teoria del doppio effetto<sup>32</sup> si ritiene legittima la somministrazione di dosi anche alte o invasive di oppioidi a malati terminali. Per poter applicare tale trattamento il paziente dovrà risultare adeguatamente informato circa i rischi che potrebbero seguirne e occorrerà che egli abbia prestato un valido consenso.

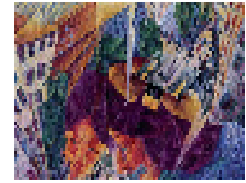
Per la verità, l'analisi della realtà del nostro paese mostra quali e quanti siano, ancor oggi, i fattori che ostacolano una completa presa in carico e assistenza del malato. Esistono ombre e resistenze di tipo prettamente culturale. E' questa verosimilmente la ragione per cui, in Italia, rare continuano ad essere le strutture ospedaliere attrezzate per il trattamento della sofferenza, a favore dei soggetti terminali, nonché il motivo per cui trascurabili rimangono i fondi pubblici e privati destinati alla ricerca in tale campo.

L'OMS utilizza il consumo annuale di analgesici oppioidi in ogni paese come indice sensibile per una valutazione dell'efficacia dei programmi di controllo del dolore del cancro. In particolare, viene considerato probatorio quello relativo al consumo terapeutico

---

<sup>32</sup> S..Privitera, Duplice effetto, in "Dizionario di Bioetica", Catania, 1994, p. 44 – TEORIA DEL DOPPIO EFFETTO – Cfr. nota 24.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

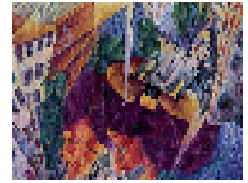
della morfina. Dal 1984 al 1997 il consumo di morfina per uso terapeutico in Italia è raddoppiato: ciò nonostante, consumiamo all'incirca lo stesso quantitativo pro capite annuo di Andorra, dell'Estonia e del Sud Africa; la Namibia ne consuma poco di più; la Polonia e l'Ungheria il doppio, la Spagna il triplo; il Regno Unito, i Paesi Bassi e il Lussemburgo sette volte di più, il Canada dodici volte; circa 80% dei medici italiani di famiglia, ospedalieri, secondo un dato del 1999, non possiede il ricettario speciale per la prescrizione degli oppioidi<sup>33</sup>.

Il grafico qui presente rappresenta il consumo annuo di morfina nei paesi indicati:

---

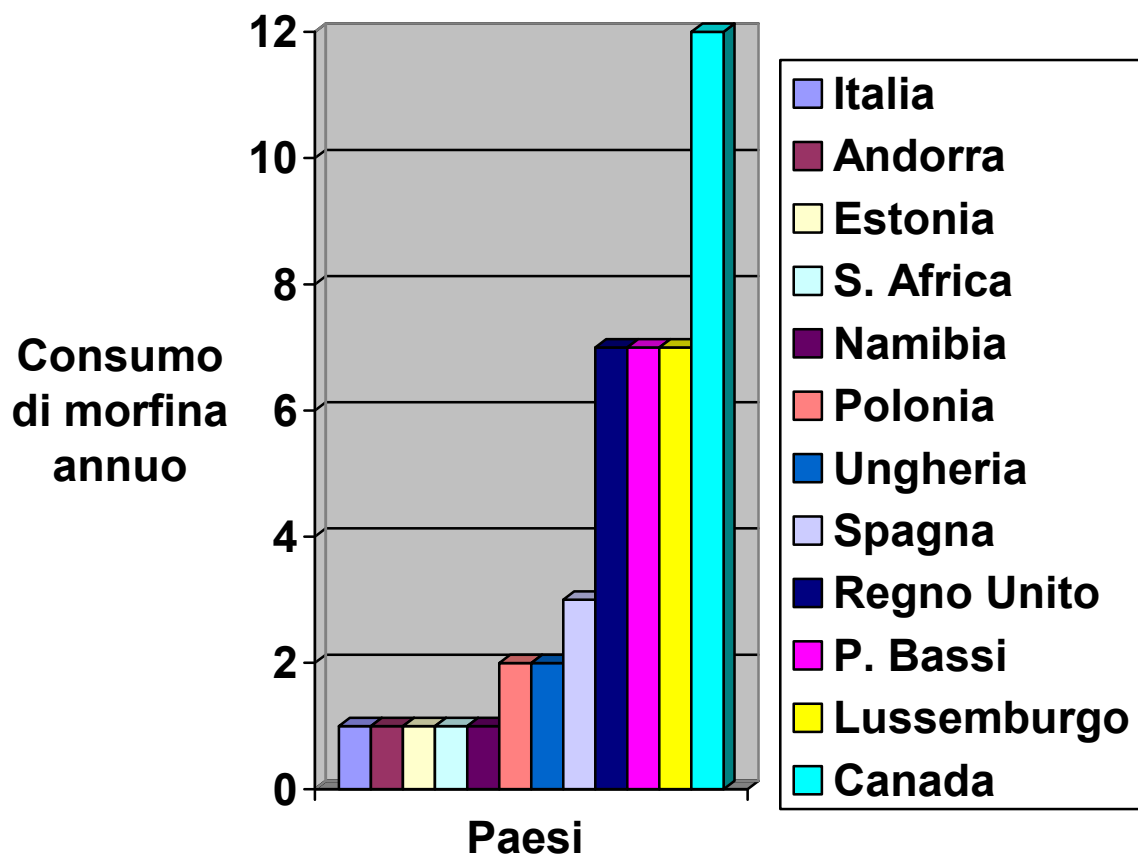
<sup>33</sup> S. Zavoli, *Il dolore inutile. La pena in più del malato*, Garzanti, Milano, 2002, pp. 39 - 40

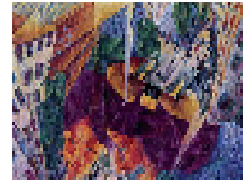




*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Sono alquanto pesanti gli ostacoli di tipo legislativo che si sono frapposti alla somministrazione dei farmaci oppioidi; con risultati di una sistematica frustrazione per quanti invocano l'avvento di una seria politica contro il dolore.

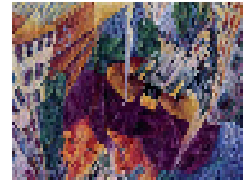
A questo proposito Antonio Panti, Presidente dell'ordine dei Medici di Firenze, in un articolo apparso su Janus 2001, pubblica numeri sconcertanti. Ecco quanti medici delle sua Regione hanno chiesto i ricettari per la prescrizione di stupefacenti terapeutici: Firenze, su 6835 medici iscritti all'ordine, 380; Pisa, su 3072, 84; Grosseto, su 1108, 82; Siena, su 2087, 95.

Con il tempo, come sostiene U. Veronesi<sup>34</sup>, che il dolore è un'esperienza in larga misura soggettiva, che obbliga, chi cerca di lenirlo, ad intervenire di volta in volta in una maniera diversa. Quello del malato terminale appare un patimento senza confini precisi. Si intrecciano ansia, depressione, rabbia e dolore somatico. Non è neppure da escludere che, presso il paziente con tumore in fase terminale, si manifestino effetti del tutto indipendenti dalla malattia principale.

---

<sup>34</sup> U. Veronesi, Da bambino avevo un sogno, Milano, Mondadori, 2002, p. 44 - Occorre credere nel paziente e in ciò che dice; il dolore, esperienza del tutto soggettiva, è quello che egli dichiara di avere, non quello che noi pensiamo possa o debba avere. Il parametro più importante è sicuramente l'intensità del dolore, mentre stadio e prognosi risultano meno rilevanti: un paziente con dolore forte deve ricevere un analgesico altrettanto forte





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Nel 1982 l'OMS ha stabilito un protocollo con l'indicazione dei farmaci oppioidi, codeina e morfina, quali cardini della terapia per le sofferenze di cancro.

I dati in possesso dimostrano come oggi, nei paesi economicamente sviluppati, il 50 - 80% dei malati di cancro patisca per dolori che non vengono correttamente trattati.

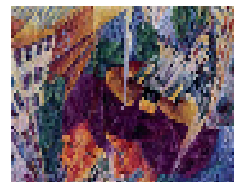
Per accanimento terapeutico si intende l'ostinazione nel sottoporre il malato a cure inutili, pertanto devono essere interrotte perché incompatibili con i principi costituzionali, etici, morali del rispetto della dignità umana. Il concetto di futilità del trattamento implica, ovviamente, valutazioni tecniche, cliniche, ma fa anche riferimento ad un sistema di valori del paziente e della società. Deve essere pertanto il risultato di una decisione condivisa secondo parametri di ragionevolezza che faccia riferimento ai principi costituzionali relativi ai diritti della persona e alla tutela della salute. Non è pertanto determinazione di una scelta arbitraria del singolo medico<sup>35</sup>.

Il notevole sviluppo della medicina permette oggi il prolungamento della fase terminale e rischia di rendere la morte una prova insopportabile. E' questo il contesto in cui matura

---

<sup>35</sup> Papa Pio XII, Il Discorso ai partecipanti al IX Congresso della società italiana di anesthesiologia, 24.2.1957





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

con facilità l'idea della morte voluta, procurata. In queste circostanze nasce la tentazione di voler attentare alla vita di un uomo sotto il falso pretesto di procurargli una morte dolce.

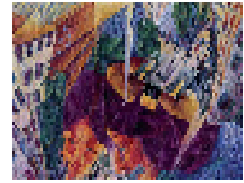
Senza il consenso del malato l'eutanasia allora diventa un omicidio; il suo consenso ne fa un suicidio.

Compete infatti al medico non di impedire ad ogni costo la morte bensì di curare nel modo e nella misura in cui la sua azione possa risultare di qualche utilità, ai fini del ripristino di una condizione dignitosa. Determinante ricordare che la prosecuzione a tutti i costi è deontologicamente vietata perché si traduce nell'esercizio di un potere sul corpo altrui.

### **Standard di informazione del medico al paziente – Diritto del paziente di non sapere**

La natura fiduciaria del rapporto tra medico e paziente porta all'obbligo di informazione dello stesso pur ammettendo l'eventualità che accanto alla comunicazione circa gli effetti diagnostici possano seguire suggerimenti relativi a questa o a quell'iniziativa a cui l'interessato dovrebbe dare il proprio assenso.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Il medico, comunque, sia al cospetto di pazienti apparentemente "forti o deboli" dovrà sempre procedere con le opportune cautele e dare le informazioni in modo preciso, senza escludere elementi di speranza<sup>36</sup>". In assenza di comunicazioni adeguate, il trattamento

sanitario, pur accettato formalmente dall'infermo, non potrà che ritenersi abusivo, con le varie conseguenze, anche penali.

In tal senso appare orientato anche il nuovo codice deontologico medico. L'art 30 sottolinea come il medico dovrà sempre tenere conto delle attuali capacità del malato affinché possa comprendere tutte le opzioni possibili.

L'orientamento giurisprudenziale, pur non negando che i doveri del medico siano l'essere chiaro e nel contempo convincente nei confronti di un malato che si voglia sottrarre a

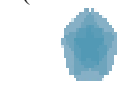
---

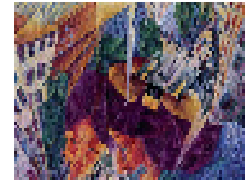
<sup>36</sup> Art. 30 c.d.m: Informazioni al cittadino:

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico- terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico- terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

( omissis )





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

banali interventi, esclude in linea di principio che al malato possano tacersi le incognite atte a incidere sul bene supremo della vita<sup>37</sup>.

In merito al tenore specifico dell'informazione, che genera ulteriori problemi, non si può fare a meno di ricordare la Convenzione di Oviedo<sup>38</sup>.

Espressione diretta delle prerogative di autonomia, nelle decisioni sanitarie, è tanto il diritto ad essere informati, quanto l'opposto diritto di non sapere.<sup>39</sup> Una tale indicazione

appare sancita dalla Convenzione di Oviedo ( art.10, 2 co. ), nonché dal Codice deontologico medico: si afferma qui a chiare lettere ( art 30, 5co) che la documentata volontà dell'assistito di non essere avvertito, o di delegare ad altri la comunicazione, dovrà venire rispettata da chi di dovere.

### **Testamento biologico – Procura sanitaria – Opinione dei medici in merito**

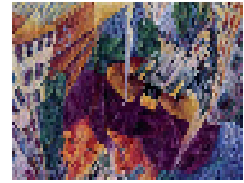
---

<sup>37</sup> Cassazione 15.1.1997 n. 364, in "Foro Italiano", 1997, p. 771

<sup>38</sup> La Convenzione di Oviedo del 1997 prevede ( art 5 ) che il degente dovrà venire avvertito riguardo a tutti gli elementi, clinici e sociali, che possano interessare: natura dell'intervento, conseguenze probabili dello stesso, rischi e inconvenienti collegati

<sup>39</sup> P. Borsellino, Consenso informato. Riconoscimenti di principio e strategie di svuotamento, Milano, Zadig, 1999, p. 73 - "Il consenso informato appare come lo strumento mediante il quale l'autonomia del malato può trovare attuazione. Il modello di relazione terapeutica informato al principio di autonomia non confonde, comunque, il diritto di essere autonomo centro di decisioni con l'obbligo di esserlo. Va infatti, presa in considerazione e rispettata l'eventualità di un paziente che esprima la volontà di non essere informato e che deleghi ad altri, magari il medico o ad altro operatore sanitario, il poter decidere per lui".





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

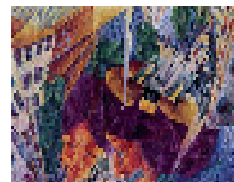
*Fiera Milanocity - Milano*

Il testamento di vita o biologico nasce sull'onda di timori nei confronti dell'accanimento terapeutico, soprattutto nei paesi anglosassoni, ma ormai è noto anche in tutti i paesi d'Europa. L'idea che lo caratterizza presenta analogia con il testamento ordinario in diritto successorio: si tratta di disporre, in un caso, della destinazione dei propri beni dopo la morte, e, nell'altro, della sorte del proprio corpo infermo nelle ipotesi di una futura incapacità di autonomia decisionale. Con tali testamenti biologici si fornisce al medico un documento attraverso il quale ricostruire la volontà del paziente, in modo che l'eventuale sospensione o prosecuzione dei trattamenti risulti suffragata dal consenso di questi.

La procura sanitaria ricalca il meccanismo di legittimazione, che è fondato sulla prestazione di un valido consenso/dissenso; l'opzione ha luogo in nome e per conto del malato, a seguito di adeguate informazioni.

E' necessario puntualizzare che nei contesti medico-chirurgici, dove siano imprevedibili le variabili cliniche e i risvolti in gioco, non sia possibile consentire determinazioni anticipate circa i trattamenti del futuro.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

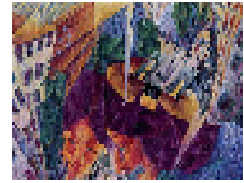
*Fiera Milanocity - Milano*

Nulla di insolito quanto alle procedure. Opportunamente informato dal personale sanitario, il fiduciario adotta, in nome e per conto dell'assistito, le decisioni più vicine a quelle alla volontà dell'infermo, capace e cosciente. In questa operazione egli si avvarrà delle volontà indicate dal dominus e dovrà agire perseguendo rigorosamente il bene di costui.

Riguardo alle modalità dell'affidamento è impossibile schierarsi a favore di una procura come quella sanitaria, in contesti di terminalità, senza un mandato scritto con elencazioni tassative e omnicomprensive circa gli interventi da praticare, oppure circa gli ambiti in cui tali decisioni si dovrebbero prendere. In questo modo è evidente che si vanificherebbe la possibilità di designazione di un fiduciario con poteri adeguati alla gravità della situazione.

Non di un semplice "nuncius" ha bisogno il futuro morente incapace, ma di qualcuno in grado di decidere al meglio. Ciò non significa che non esistano limiti di sorta all'investitura del fiduciario. E' plausibile anzi che le restrizioni di competenza siano destinate a collocarsi su più livelli.





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

Sembra ragionevole concludere che il mandatario, in difetto di una specifica previsione dell'assistito, sarà destinato a rispettare gli stessi vincoli che operano in generale con riguardo al rappresentante legale.

In casi simili non potrà mai mancare l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, quanto meno là dove non vi fosse una precisa condivisione della decisione da parte del medico curante.

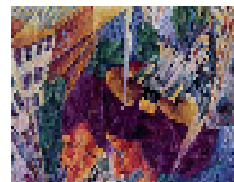
In una ricerca svolta nel 1997, su un campione di medici ospedalieri e di base, sono emersi dati interessanti circa le opinioni correnti in tema di direttive anticipate. Il campione è stato ristretto ai medici dell'Azienda ospedaliera San Martino di Genova. Tra i medici ospedalieri sono stati privilegiati coloro che si occupavano di malati terminali. Si chiedeva al medico quale valore egli avrebbe assegnato ad un modello tipo di direttiva anticipata

sottoposta<sup>40</sup>. I soggetti intervistati sono risultati in maggioranza favorevoli ad un riconoscimento giuridico delle direttive anticipate.

---

<sup>40</sup> R. Bailo - P. Cecchi, Direttive anticipate e diritto di rifiutare le cure: aspetti etici e giuridici, in "Rassegna di diritto civile", 1998, pp. 473-506





### *Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

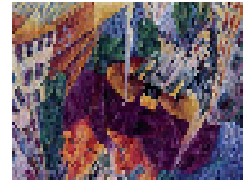
Il 52,9% mostra di assegnare un semplice valore morale a tali documenti, il 17% desidera che essi abbiano un valore giuridico, il 17% si preoccupa di salvaguardare la propria autonomia professionale scegliendo l'obiezione di coscienza. Per quanto riguarda l'opportunità di una delega ad un fiduciario il 51% si dichiara favorevole. Minore è il consenso in ordine alla regolamentazione giuridica della nomina del fiduciario: il 40% favorevole e il 46% contrario. Il 74% degli intervistati sottoscriverebbe una direttiva anticipata del paziente, mentre 11% si dichiara contrario.

A conclusione di quanto sopra argomentato, ritengo che si debba far certezza in questo campo che impegna la coscienza dell'uomo, tenendo conto che il punto di partenza, per rispondere a chi chiede di essere aiutato a morire, non è tanto quello della libertà in senso astratto, quanto la constatazione che chiunque chiede di morire è in gravissimo disagio fisico e/o mentale. Invece di ridurci a chiederci " come può la società aiutare il disagiato ad uccidersi?", ci dobbiamo porre l'impegno di rispondere alla domanda: "quali mezzi la società può offrire per ridurre il disagio di quel vivere e prevenire così la richiesta?

### BIBLIOGRAFIA

- Adorno F. , Repubblica di Platone, III, Torino, UTET, 1996





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

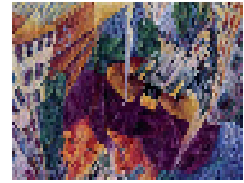
*Fiera Milanocity - Milano*

- Bailo R. – Cecchi P. , Direttive anticipate e diritto di rifiutare le cure; aspetti etici, giuridici, in “Rassegna di diritto civile”, 1998
- Borsellino P. , Consenso informato. Riconoscimenti di principio e strategie di svuotamento, Milano, Zadig, 1999
- Codice Deontologico del Medico, in [www.filodiritto.com/diritto/penale/Codicedeontologicomedico.htm](http://www.filodiritto.com/diritto/penale/Codicedeontologicomedico.htm) , Montecatini, 3.10.1998
- Convenzione di Oviedo, Convenzione per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano rispetto alla utilizzazione della biologia e della medicina, in “Rivista internazionale dei diritti dell’uomo”, 1997

Corriere della sera, Intervista a F. Toscani sui dati relativi all’eutanasia, 13.11.2002

- D’Avack L. , I figli del 2000 tra regole di comportamento e norme giuridiche, Milano, Giuffrè, 1991
- Graham R. A. , Il diritto di uccidere nel Terzo Reich, in “La Civiltà Cattolica”, 120, 1975
- Grosso C. F. , Liceità per l’eutanasia, in “Nuvole”, 10, 1996
- Iura et bona" della S.Congregazione per la Dottrina della Fede del 5 maggio 1980 – per eutanasia si intende un’azione od un’omissione che di natura, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare il dolore.
- Le Monde , Caso di Bernard Kouchner, 26.7.01
- Marozzi V. , Il cristiano di fronte all’eutanasia, in “La Civiltà Cattolica”, 126, 1975
- Napolitano G. – Presidente della Repubblica italiana, Risposta alla lettera di Piergiorgio Welby



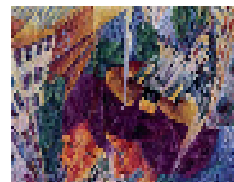


*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

- Neri D. , Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone, Bari, Laterza, 1995
- Papa Giovanni Paolo II, Evangelium vitae: valore inviolabilità della vita, in [www.giovannipaolosecondo.rai.it/pastorale/encicliche/index.php](http://www.giovannipaolosecondo.rai.it/pastorale/encicliche/index.php) , 1995
- Papa Pio XII, Il Discorso ai partecipanti al IX Congresso della società italiana di anesthesiologia, 24.2.1957
- Privitera S. , Duplice effetto, in “Dizionario di Bioetica”, Catania, 1994
- Romboli R. , La relatività dei valori costituzionali per gli atti di disposizione del proprio corpo, in “Politica del Diritto”, 1991
- Rossi L. , Eutanasia, in “Dizionario Enciclopedico di Teologia morale”, Roma, Paoline, 1974
- Sgreccia E. , Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica, I, Milano, Vita e Pensiero, 1991
- Spinsanti S. , Documenti di deontologia ed etica medica, Cinisello Balsamo, Paoline, 1985
- Stella F. , Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche, in “Medicina legale”, 1984
- Stella F. , L'errore sugli elementi specializzati della fattispecie criminosa, in “Rivista Italiana di diritto processuale penale”, 1964
- Veronesi U. , Da bambino avevo un sogno, Milano, Mondadori, 2002
- Visser J. V. , Pronunciamento ufficiale della Santa Sede sull'eutanasia, in “Medicina e morale”, 1981
- Welby P. , Lettera al Presidente della Repubblica italiana G. Napolitano





*Seminari di cultura e formazione politica 2007*

*Fiera Milanocity - Milano*

- Zavoli S. , *Il dolore inutile. La pena in più del malato: interviste a D. Lapierre, M. Gallucci, R. Cardea, J. M. Besson*, Milano, Garzanti, 2002

