

# Contraddizioni e incoerenze della depenalizzazione dell'eutanasia in Belgio

Inarrestabile deriva di abusi e trasgressioni non sanzionate

Due capitoli dal libro



## Contraddizioni e incoerenze nella legge belga

La depenalizzazione dell'eutanasia in Belgio ha fatto scorrere fiumi di inchiostro, in particolare sul tema dell'inesorabile deriva nell'estensione dell'applicazione della legge, al di là dei casi limitati ed estremi per i quali era stata prevista dal legislatore, che la proponeva come una trasgressione, tollerabile solo in casi eccezionali, della norma penale relativa all'omicidio volontario. Per parte mia, viceversa, non ho trovato in nessuno dei libri, delle riviste e dei siti relativi alla legge di depenalizzazione alcuna critica sistematica e articolata al testo della legge, che a mio avviso contiene *in nuce* l'origine della deriva. Alcuni dei punti deboli della legge costituiscono dei meccanismi attraverso i quali le presunte salvaguardie contro estensioni arbitrarie sono palesemente indebolite, al punto da apparire quali varchi che potrebbero essere stati proposti surrettiziamente, allo scopo di consentire deviazioni ed estensioni.

Sono evidenti un certo numero di omissioni e incoerenze, enumerate qui di seguito. Queste argomentazioni sono presentate in maggiore dettaglio nell'Appendice, con citazione delle fonti di informazione e con proposte relative a come queste omissioni e incoerenze potrebbero essere superate.

1. Manca qualunque misura per combattere l'eutanasia clandestina.
2. Non sono previste sanzioni a carico del medico che non trasmette il rapporto alla Commissione di Controllo, che riceve, dunque, solo i rapporti che i medici che hanno praticato l'eutanasia decidono di trasmettere. In sostanza, la Commissione conduce *accurate* analisi statistiche limitate a un'*inaccurata* raccolta dei casi [ESB 2019], [Montero 2013, p. 10]. È possibile immaginare che un medico che ha praticato l'eutanasia in condizioni che potrebbero farlo radiare dall'ordine dei medici o esporlo a un processo penale si astenga dal trasmettere il rapporto sull'esecuzione dell'eutanasia.
3. Non sono previste sanzioni a carico del medico che non richiede il parere del secondo medico (o del terzo quando la legge lo richiede). Nel 35% dei casi il parere non è richiesto [Cohen-Almagor 2013].
4. Non sono previste sanzioni a carico del medico che richiede il parere di un secondo medico (o di un terzo quando la legge lo richiede) che non siano da lui indipendenti. Il secondo medico (e il terzo medico nei casi previsti) esprimono un parere che non è vincolante e l'eutanasia è effettuata in un quarto dei casi anche se il parere del secondo medico è contrario [Cohen-Almagor 2013].
5. Il controllo *a posteriori* delle condizioni nelle quali l'atto di eutanasia è stato praticato non è sufficiente a tutelare i pazienti da pratiche attuate violando la legge: in caso di violazione della legge, stante l'irreversibilità dell'eutanasia non è possibile alcuna riparazione e il paziente non può essere risarcito.
6. I criteri per la scelta del secondo medico (e del terzo medico nei casi previsti) non sono indicati.

7. L'identità del medico che pratica l'eutanasia è documentata nel primo fascicolo (sigillato) del rapporto inviato alla CFCEE, al quale la Commissione di regola non accede. Non è dunque possibile identificare medici che praticano l'eutanasia con una frequenza significativamente maggiore di quella dell'insieme dei membri dell'ordine dei medici e identificare così i soggetti che potrebbero essere trasgressori sistematici della legge.
8. La legge prevede che la composizione della Commissione CFCEE, costituita da sedici membri, sia equilibrata da un punto di vista linguistico, di genere, di competenze professionali (medici, giuristi, esperti) e di orientamento filosofico. Di fatto questo equilibrio non esiste.
9. La qualifica della maggioranza dei due terzi richiesta per inoltrare un fascicolo alla magistratura impedisce di prendere in considerazione opinioni minoritarie o perfino di opinioni espresse *solamente* dalla maggioranza assoluta dei membri [CFCEE 2018].
10. La legge non garantisce il diritto a ospedali, case di riposo o case di riposo e cura (anche al di fuori delle strutture pubbliche) a proclamare che nella loro istituzione non può essere praticata l'eutanasia. Non esiste in pratica in Belgio un posto per così dire *sicuro*, dove il cittadino malato sa che l'eutanasia non sarà praticata.
11. Non è richiesta la nazionalità belga né la residenza in Belgio del paziente che chiede l'eutanasia. Questa omissione dà luogo al trasferimento in Belgio di persone in cerca della morte per eutanasia.
12. I commissari della CFCEE si riuniscono un giorno al mese. Non hanno materialmente la possibilità di esaminare ciascuno dei 200 casi che, in media, sono denunciati mensilmente.

13. Le dichiarazioni inviate alla CFCEE sono accessibili solo alla Commissione e non sono disponibili a scopo di studio e ricerca.

Da quanto esposto sopra emerge che una gran parte dei punti deboli della legge sono dipendenti dalla struttura, dalla composizione e dal *modus operandi* della Commissione CFCEE.

Inoltre è evidente che alcune misure di salvaguardia sono solo elementi di facciata. Per esempio, l'arbitrarietà e la mancanza di controllo sulla scelta e sull'indipendenza del secondo e, ove prescritto, del terzo medico, consentono al medico che ha in cura il paziente che richiede l'eutanasia di cercare dei colleghi con il suo stesso orientamento che avalino la sua scelta senza apportare il contributo di una valutazione autonoma e indipendente.

La Commissione emette dei giudizi che esulano dalle sue competenze, operando come una Corte di giustizia, per esempio quando equipara all'eutanasia e giustifica atti di suicidio assistito perché sono rispettate le condizioni che autorizzerebbero l'eutanasia [CFCEE 2018, rapporto 2006, p. 62 sgg., punto 7].

È significativo che, in quasi venti anni, non sia mai stata eseguita una valutazione approfondita del funzionamento della Commissione [Haekens 2019].

La correzione delle omissioni e delle incoerenze della legge belga potrebbe drasticamente ridurre le eutanasi illegali o clandestine e l'arbitraria estensione delle condizioni di applicabilità della legge. Un certo numero di possibili emendamenti che potrebbero porre rimedio a molte delle omissioni e incoerenze è presentato nell'Appendice.

## L'inarrestabile deriva in Belgio

La deriva dell'eutanasia è descritta in inglese dal termine *slippery slope*, che indica bene che si tratta di un terreno infido dove sono possibili passi falsi.

Per l'ADMD l'argomento *slippery slope* è la voce della conservazione e dell'immobilismo [Drumel 2000]. Per altri, è il segno che una società civile può degenerare nella barbarie se perde i principi morali sui quali è fondata [Crawford 2002].

Un aspetto della deriva è l'errata o estensiva valutazione delle condizioni per l'applicabilità della legge sulla depenalizzazione, con la conseguente giustificazione di un atto medico che procura la morte.

Molti casi si originano dalle omissioni e dalle incoerenze della legge presentate al capitolo precedente.

Un esempio di deriva è l'aumento dei casi psichiatrici ammessi. Il numero di casi di eutanasia per disordini neuropsichiatrici è aumentato di dieci volte (da sei a sessantatré) dal 2004 al 2015 [CFCEE 2018]. Malattie psichiatriche, demenza e depressione erano state escluse durante la discussione del disegno di legge. Viceversa l'articolo 3 della legge contempla il caso della sofferenza psichica, richiedendo per altro la reiterata espressione libera e volontaria dell'intenzione

eutanasiaca. La condizione dei pazienti psichiatrici pone la questione della validità della loro richiesta [Vandenberghe Joris 2018]. Viceversa la Commissione di controllo accetta un numero crescente di casi di disturbi psichiatrici. Nel caso di sofferenza psichiatrica è particolarmente evidente l'insufficienza di un controllo *ex post* da parte della Commissione CFCEE. Sarebbe viceversa necessario un parere collegiale *a priori*, in particolare modo per i pazienti che hanno una prospettiva di sopravvivenza a lungo termine.

Altri casi di deriva si originano dal sistematico rilasciamento del rispetto dei criteri di salvaguardia, per esempio quelli che riguardano la consultazione, la scelta e l'indipendenza del secondo e del terzo medico.

Casi di deriva possono verificarsi in situazioni di estrema urgenza, quando nel processo decisionale entrano in gioco, insieme ad attente riflessioni di natura deontologica ed etica, valutazioni istintive che derivano dal comune sentire della società. Questo può avvenire nei servizi ospedalieri, soprattutto nei pronto soccorso, nelle sale parto e nelle sale operatorie o sul luogo di incidenti, dove è spesso richiesto di prendere decisioni rapidissimamente, ma anche in case di cura, a casa del paziente o sul luogo di omicidi, quando medici o altri operatori sanitari causano la morte mascherandola come una sedazione profonda.

A proposito di deriva, nella conclusione del suo contributo al libro di D. A. Jones, il professor Montero scrive [Montero 2018]:

Da che l'eutanasia è stata legalizzata in Belgio, nel 2002, l'esperienza dimostra che è illusorio credere che l'eutanasia possa essere consentita come pratica eccezionale sotto stretto controllo, strettamente circoscritta e ben definita alla quale si applica-

no condizioni rigorose. Una volta depenalizzata l'eutanasia, le condizioni di legge che la limitano cadono una dopo l'altra. È praticamente impossibile impedire rigorosamente l'estensione della legge.

Molti casi di eutanasia non vengono dichiarati e abbiamo solo una visione molto frammentaria della pratica. Non è quindi possibile affermare che l'eutanasia sia sotto controllo in Belgio e che le condizioni per l'applicazione della legge siano pienamente rispettate.

È preoccupante che, senza rendersi veramente conto di quello che succede, la società possa essere pronta a proporre l'eutanasia come la soluzione più umana o la fine più dignitosa. Mentre i legami di solidarietà si inaridiscono, è già percepibile la diminuzione della tolleranza per la malattia e per la sofferenza.

Nell'esperienza belga l'eutanasia è stata inizialmente presentata come una trasgressione applicabile a casi eccezionali. Poi, bruciando le tappe, è stata accettata e banalizzata, diventando rapidamente una norma e una procedura medica tra le tante, una pratica autorizzata, un diritto da rivendicare e non più una trasgressione, anzi, addirittura una pratica che deve far parte delle cure palliative, un atto, in certi casi, dovuto [Montero 2018; Mackellar 2018]. Ma per la verità già prima del 2002 la pratica dell'eutanasia era stata, a tutti gli effetti, tollerata in Belgio e non sanzionata: Luc Deliens stima che l'1,3% delle morti nelle Fiandre (cioè oltre novecento casi l'anno), alla fine del secolo scorso, erano atti eutanasi [Deliens 2000]; cosicché la depenalizzazione è apparsa un modo per regolamentare un fenomeno già consolidato in pratica.

Un'altra fonte di estensioni arbitrarie è legata all'interpretazione del requisito per l'applicabilità della legge della



natura *insopportabile* della sofferenza. Questo è un elemento soggettivo che apre a interpretazioni arbitrarie. Dipende dalla personalità del paziente e dal suo giudizio, nonché da quello del medico. Come si può dire che la sofferenza non può essere alleviata se non si intraprendono le cure palliative o una terapia del dolore? Inoltre le sofferenze sono talvolta insopportabili in quanto non lenite perché i *caregivers* sono inadeguati o inefficaci o il contesto è inospitale.

La dinamica propria all'eutanasia in Belgio a cui fa riferimento lo studio già citato di Paul Vanden Berghe [VandenBerghe Paul 2018], deriva dal fenomeno in base al quale una volta che una procedura inizia a essere considerata normale, c'è una tendenza a includere nello spazio della normalità procedure leggermente diverse da quella originale [Mackellar 2018]. Per esempio nei Paesi Bassi si è passati, in trent'anni, dall'eutanasia per malati terminali all'eutanasia per malati cronici; da malati affetti da patologie fisiche a malati mentali e ad anziani stanchi di vivere; da pazienti capaci di prendere decisioni libere e consapevoli a pazienti incapaci di esprimere il consenso. Al punto che negare l'eutanasia ai malati non terminali è considerata una forma di ingiusta discriminazione [Pereira 2011]. In Belgio è normale l'interpretazione estensiva della legge nel caso di anziani con molte patologie, nessuna delle quali da sola qualifica per l'accettabilità della richiesta di eutanasia.

Un altro cambiamento che si è verificato nella pratica dell'eutanasia in Belgio è la crescente disponibilità a dare seguito alle richieste di eutanasia e ad abbassare la soglia per accordare il consenso alla richiesta, includendo malati non terminali. Tra il 2007 e il 2013 la percentuale di richieste accolte è passata dal 55% al 77%. Ma si effettuano anche eutanasie non richieste: porre fine alla vita intenzionalmente

senza richiesta rappresenta circa mille morti all'anno nelle sole Fiandre. Inoltre, la legge del 2002 ha avuto, in pratica, un impatto anche su altri aspetti del processo decisionale del medico non legati alle richieste di eutanasia, come l'uso improprio della sedazione con l'intenzione di accorciare la vita [Jones 2018].

I propugnatori dell'eutanasia sono portati a spingere verso ulteriori pratiche di fine vita senza remore e senza cautela. Il prossimo passo è, come nei Paesi Bassi, l'eutanasia per le persone sane stanche della vita. Anzi, ci siamo già arrivati [Huffington Post 2013, Bever 2017]<sup>1</sup>. Nei quotidiani belgi e olandesi si leggono necrologi di anziane coppie stanche della vita, che concludono la loro esistenza chiedendo e ottenendo di morire insieme, senza essere affetti da una delle patologie considerate nella legge di depenalizzazione. Il divieto categorico di ieri diventa oggi obsoleto man mano che le restrizioni vengono rimosse. Professionisti e legislatori discutono sempre del passo successivo e del gruppo aggiuntivo di cittadini da includere nella politica di un'eutanasia più accessibile. Ciò che è invece necessario è uno studio ac-

<sup>1</sup> «Huffington Post» del 26 giugno 2013 scrive che il «Belgian newspaper “Het Nieuwsblad” reports Leopold Dauwe, 90, and Paula Raman, 89, were euthanized Monday, surrounded by their children and grandchildren. The husband and wife, who had known each other for 70 years and were married for 64 years, said neither could envision a life without the other».

Lindsey Bever su «The Washington Post» del 17 agosto 2017 scrive che una «Elderly couple got “deepest wish” – to die together – in rare euthanasia case. Nic and Trees Elderhorst knew exactly how they wanted to die. They were both 91 years old and in declining health. Nic Elderhorst suffered a stroke in 2012 and more recently, his wife, Trees Elderhorst, was diagnosed with dementia, according to the Dutch newspaper, “De Gelderlander”».

curato, insieme a una raccolta di dati e di casi per imparare dagli errori tentando di correggerli prima di affrettarsi a introdurre ulteriori rilassamenti delle remore all'eutanasia [Cohen-Almagor 2018].

Il continuo incremento delle eutanasi, anno dopo anno, porta a un'assuefazione per la quale l'eutanasia diventa una pratica corrente. La paura di poter essere considerati un peso per gli altri e per la società può portare il malato a chiedere l'eutanasia perché è questo che egli percepisce che si attenda da lui; quello che era stato presentato come un diritto e una conquista diventa un obbligo [Mackellar 2018].

L'esperienza belga prova la difficoltà di attenersi alla formulazione iniziale e alle disposizioni del legislatore se il testo della legge e le salvaguardie di controllo lasciano dei varchi nei quali può insinuarsi ogni tentativo di elusione o di estensione delle norme.