

**Violenze e
maltrattamenti
in famiglia**

di Andrea Di Nicola
e Stefano Caneppele

pag. 2

**Caligola
di Albert Camus**

di Sandra Pietrini



pag. 3

**L'Università di Trento
nei programmi
con l'India**



pag. 4

**Il restauro del
contemporaneo**

di Stefano Gialanella



pag. 5

**Diritto
e politica**

di Paolo Carta e
Fulvio Cortese



pag. 8

Un incontro interdisciplinare promosso dal gruppo di ricerca
in Biodiritto del Dipartimento di Scienze giuridiche

EUTANASIA E RIFIUTO DELLE CURE

intervista a Carlo Casonato

Anche in seguito alla vicenda relativa a Piergiorgio Welby, il progetto Biodiritto del Dipartimento di Scienze giuridiche ha organizzato nello scorso dicembre un incontro interdisciplinare dedicato a *Eutanasia e rifiuto delle cure*. Ne parliamo con il professor Carlo Casonato, responsabile scientifico del progetto.

In riferimento alla richiesta di Piergiorgio Welby di interrompere il trattamento che lo teneva in vita si è fatto riferimento sia all'eutanasia che al rifiuto delle cure. Potrebbe chiarire questi concetti?

Il principale obiettivo dell'incontro è stato proprio quello di chiarire la differenza che esiste tra l'eutanasia attiva, vietata, e il rifiuto di trattamenti sanitari, che invece è permesso ed anzi garantito in termini di diritto costituzionale. Gli articoli 579 e 580 del Codice penale si occupano dell'eutanasia, condannando a pene variabili da 5 a 15 anni di reclusione l'omicidio del consenziente e l'aiuto al suicidio. Il rifiuto alle cure, viceversa, costituisce il contenuto di un diritto che trova una sua tutela nell'art. 32 della Costituzione che prevede testualmente che "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". È proprio in riferimento a questa precisa disposizione costituzionale che vanno inquadrati e risolti i casi in cui un paziente rifiuta un trattamento sanitario, anche se si tratta di un trattamento di sostegno vitale alla cui interruzione seguirà la morte del soggetto.

CONTINUA A PAG. 2 ⇨



Violenze e maltrattamenti in famiglia

Alla presenza del ministro Rosy Bindi i risultati delle ricerche condotte dal centro Transcrime



Da sinistra: Davide Bassi, Rosy Bindi, Ernesto Savona, Lorenzo Dellai

Lo scorso 15 gennaio, alla presenza del ministro delle Politiche per la famiglia Rosy Bindi, il centro interuniversitario Transcrime ha presentato il volume *Violenze e maltrattamenti in famiglia*, primo di una serie di approfondimenti per la Provincia autonoma di Trento sui temi della sicurezza che vanno ad aggiungersi al rapporto annuale sulla sicurezza in Trentino che dal 1998 Transcrime realizza per la Provincia. La conferenza è stata l'occasione per fare il punto sulla dimensione internazionale, nazionale e locale di un fenomeno del quale si sa ancora troppo poco. È emerso che a livello internazionale, secondo l'OMS,

nei paesi sviluppati dal 20 al 30% delle donne è stato vittima di violenza fisica da parte del partner mentre, a detta dell'ONU, il numero di bambini maltrattati è compreso tra 4,6 e 11,3 milioni. Sempre l'OMS ritiene che l'abuso familiare contro le persone anziane interessi tra il 4% e il 6% degli ultrasessantacinquenni: per i ricercatori che hanno presentato il rapporto è una preoccupante novità. A livello italiano le tendenze in atto parlano di una diminuzione degli omicidi familiari - a cui corrisponde però una forte attenzione mediatica - e un aumento dei reati di maltrattamento in famiglia e di violazione degli obblighi di assistenza familiare. Un pregiudizio da sfatare è che l'aggressore sia uno sconosciuto o magari uno straniero. Un esempio? Secondo quanto emerge dal rapporto, in Italia

il 41% dei reati condotti su minori avviene in famiglia. Nella conferenza si è discusso anche delle ricerche condotte in Trentino su 360 fascicoli processuali dei Tribunali di Trento e Rovereto per un totale di 646 casi di violenza perpetrata in famiglia (omicidi e tentati omicidi, abusi sessuali, maltrattamenti fisici, altri maltrattamenti) tra il 2001 e il 2005. La grande maggioranza degli autori è composta da uomini. Spesso le vittime subiscono violenze ripetute, per anni, e si rivolgono al pronto soccorso o ad altri servizi territoriali. Insieme al consumo di alcol, l'interruzione della relazione tra i partner è uno dei fattori di rischio più frequenti. Tutti i relatori sono stati concordi: il solo sistema penale non basta. Anche in Trentino, caratterizzato da elevati livelli di efficienza della giustizia, su 100 processi per maltrattamenti fisici solo 50 terminano con una condanna e solitamente

a meno di due anni di reclusione. Poche condanne e poca tutela per le vittime sono una costante in tutti i paesi del mondo. Occorrono risposte diverse, soprattutto in chiave preventiva. Di questo si è dichiarata consapevole il ministro Bindi: "Promuovere linee politiche - ha detto - per arginare la violenza in famiglia significa non limitarsi al momento riparatore affidato alla magistratura". In una sala conferenze di Economia gremita e con tanti che, non riuscendo ad entrare, l'ascoltavano in videoconferenza da un'altra aula, ha spiegato che il Consiglio dei Ministri ha approvato, lo scorso 22 dicembre, un disegno di legge per la sensibilizzazione, la prevenzione e la repressione di violenze, anche in ambito familiare. Il disegno, oltre ad inasprire le pene per questi reati, contiene interventi di più ampio respiro: misure contro la discriminazione di genere e

progetti di sensibilizzazione, conoscenza, repressione e riabilitazione. "Lavori come quello di Transcrime" - ha aggiunto il ministro - "meritano un plauso e verranno tenuti in con-

siderazione nella nostra azione futura". La ricerca applicata a servizio dei cittadini offre una maggiore conoscenza per un impegno più efficace delle istituzioni.

In Italia il 41% dei reati condotti su minori avviene in famiglia

Andrea Di Nicola è ricercatore in Criminologia presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento e coordinatore di ricerca della sede di Trento del centro interuniversitario Transcrime, Università di Trento/Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Stefano Caneppele è responsabile dell'area Sicurezza urbana di Transcrime.



Rosy Bindi

DEONTOLOGIA E DIRITTI DEL PAZIENTE



Carlo Casonato

Ma questa conseguenza - la morte della persona - non porta ad assimilare il rifiuto delle cure all'omicidio del consenziente?

No, la differenza rimane. Il diritto comparato conferma che il medico che interrompe il trattamento vitale a seguito di un rifiuto consapevole della persona non commette né omicidio né assistenza al suicidio; per queste ipotesi, è necessario che la causa della morte sia provocata da un agente esterno al corpo del paziente, come accade nel caso di un'iniezione in dosi letali di sedativo. Nel caso del rifiuto delle cure, invece, la causa della morte non è esterna, ma è la malattia che fa il suo corso, non più contrastata da farmaci o appa-

recchiature che il soggetto ha il diritto costituzionale, oltre che deontologico, di rifiutare. Il medico che interrompa un trattamento non voluto, quindi, non commette alcun illecito di carattere penale o deontologico, ma rispetta un diritto costituzionale del soggetto. La tecnologia medica attuale fa sì che anche il fine-vita non sia più regolato solo dalla natura poiché oggi vi sono ampi margini di intervento e quindi di decisione. E l'ordinamento giuridico italiano prevede che la decisione sul trattamento medico sia compiuta dal paziente capace, consapevole e pienamente informato.

Un principio non ancora realizzato, pare. Mentre il principio del consenso non sembra pienamente metabolizzato a livello sociale (in questo senso si potrebbe leggere proprio la vicenda di Welby), esso si è affermato come principio fondamentale a livello giuridico e deontologico. Ho già ricordato l'art. 32 della

Costituzione che garantisce il rifiuto di trattamenti sanitari che non siano previsti da leggi; e le leggi al riguardo tendono a proteggere o chi non è in grado di intendere o volere (leggi in materia di salute mentale) o la salute collettiva (leggi sull'obbligatorietà delle vaccinazioni). Non esiste invece nessuna legge che in termini generali imponga un trattamento sanitario quando quel trattamento sia necessario per mantenere in vita un paziente. Questo significherebbe infatti passare da un diritto alla vita

Il consenso o il rifiuto al trattamento sanitario sono atti di natura morale

a un dovere alla vita, inesistente nell'attuale quadro costituzionale italiano. Si ricorderanno al riguardo i casi di qualche anno fa relativi a persone che hanno rifiutato l'amputazione di arti o di Testimoni di Geova in riferimento alle emotrasfusioni, la cui volontà è stata rispettata, anche se dal rifiuto è derivata la morte. Questi esempi ci portano a confermare come il consenso o il rifiuto al trattamento sanitario, in

particolare modo quando si tratti di interventi di sostegno vitale, siano atti di natura morale. Riguardano, cioè, il considerare se quel trattamento, quella cura, quell'operazione che mi vengono proposte sono coerenti e compatibili con la mia struttura morale, con l'immagine che ho di me stesso, ovvero con la rappresentazione della mia umanità e con il rispetto della mia dignità. Nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, il diritto ad un "consenso libero e informato" è inserito nel Capo

primario della Carta, che si dedica - appunto - alla Dignità. Il consenso o il rifiuto di un trattamento è una scelta che si basa su criteri morali del tutto personali e che non può che essere fatta dal paziente coinvolto, nel caso, ovviamente, in cui sia capace e consapevole. **Ha citato anche la dimensione deontologica.** Sì, perché tali principi trovano una precisa conferma anche a livello deontologico: basti

leggere l'art. 35 del (nuovo) Codice di deontologia medica secondo cui "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente" ed in cui si precisa che non è consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Anche su queste basi, si è detto da parte di alcuni che nel momento in cui la persona (e pensiamo a Welby) perda la propria capacità perché sedato o a seguito dell'interruzione del trattamento vitale (di ventilazione), il medico si troverebbe costretto a intervenire per salvare comunque la vita del soggetto divenuto incapace. Anche su questo, mi sembra che il Codice di deontologia sia molto chiaro: l'art. 38, anticipando il tema del cosiddetto testamento biologico, dice che il medico, se il paziente non è più in grado di esprimere la propria volontà deve tener conto "di quanto

precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato".

Come mai, allora, tante resistenze?

Io ho affrontato i termini giuridici della questione, sulla base dei quali, ad esempio, trovo sorprendente la decisione del Tribunale di Roma di considerare il rifiuto di Welby un "diritto non concretamente tutelato dall'ordinamento". D'altro canto, ognuno, in coscienza, può adottare l'orientamento ideologico che più lo convince, senza però con questo pretendere di essere portatore di verità assolute e di imporle agli altri violandone i diritti. Purtroppo, rilevo anche come l'ignoranza o, peggio, la volontà di utilizzare in termini strumentali vicende personali estremamente delicate costituiscono un oggettivo ostacolo al dialogo e alla crescita della riflessione sui temi del biodiritto.

[Per ulteriori informazioni sul progetto Biodiritto si veda il sito www.jus.unitn.it/dsg/ricerche/biodiritto/home.html che contiene le registrazioni audio-video degli incontri e numerose pubblicazioni liberamente scaricabili.]