

Roberta Nobile<sup>1</sup>

## End of Life Choice Act 2019: la morte assistita nella legislazione della Nuova Zelanda

*Abstract:* The article analyzes recent New Zealand legislation on the legalization of medically assisted death, the End of Life Choice Act 2019. After describing the previous attempts at legalization, particular importance is reserved to the Seales v. Attorney-General case, which, in addition to reopening the legal-social debate on euthanasia, led the New Zealand Parliament to address and regulate this issue. The EOLC Act aims to offer the possibility to people, who suffer from a terminal disease and meet certain requirements, to legally request medical assistance to end their lives, establishing in detail a legitimate process. The article also examines the effects and consequences on the civil and criminal profile, determined by the entry into force of the law.

*Keywords:* New Zealand, EOLC Act, euthanasia, assisted dying, choice.

*Indice:* 1. Introduzione. 2. L'iter storico di legalizzazione dell'eutanasia in Nuova Zelanda. 3. *End of Life Choice Act 2019*: le fasi del processo di *assisted dying*. 4. Gli effetti sul profilo civile e penale. 5. Elementi di criticità e gli interrogativi del futuro.

### 1. Introduzione

La Nuova Zelanda con l'*End of Life Choice Act 2019* ha legalizzato la morte medicalmente assistita con il 65,2% di preferenze, nel referendum tenutosi il 17 ottobre 2020, in contemporanea con le elezioni politiche vinte dai laburisti di Jacinda Ardern. Il secondo quesito referendario, che proponeva di rendere legale il consumo di marijuana a fini ricreativi, è stato, invece, respinto.

La nuova legge è entrata, così, in vigore nel novembre 2021: si tratta di una svolta importante e rivoluzionaria, che pone il Paese sul confine del *pro choice*, sull'importanza della scelta, di decidere della propria vita con dignità e consapevolezza, abbandonando definitivamente l'orizzonte del *pro life*, che esalta, invece, il primato e sacralità della vita, quale bene inviolabile.

### 2. L'iter storico di legalizzazione dell'eutanasia in Nuova Zelanda

Un primo tentativo di legislazione per la legalizzazione dell'eutanasia si ebbe nel 1995 con il *Death with Dignity Bill*, sponsorizzato dall'allora deputato nazionale Michael Laws, ma il progetto fallì sin dalla sua introduzione con 29 voti contro 61. Nel 2003 il deputato Peter Brown presentò un nuovo disegno di legge, chiamato anche questo *Death with Dignity Bill*, che era quasi identico a quello proposto da Michael Laws, ma come il precedente ebbe vita breve. Nel 2012 la deputata laburista Maryan Street preparò un nuovo modello di legge<sup>2</sup>, l'*End of Life Choice Bill*, che disciplinava la possibilità di richiedere l'eutanasia per i soggetti, di almeno diciotto anni, affetti da una malattia terminale o da altra grave condizione medica, che rischiava di porre fine alla vita entro dodici mesi,

<sup>1</sup> Dottoressa in Giurisprudenza, Università di Catania, email: robertanobile110@gmail.com

<sup>2</sup> Alla fine del 2011, il caso Rosie, R contro Mott [2012] NZCH 2366, aveva riaperto il dibattito sul problema della regolamentazione dell'eutanasia.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

o con una situazione fisica e mentale irreversibile, che, dal punto di vista della singola persona, rendeva intollerabile la propria esistenza. Inoltre, il soggetto interessato doveva presentare tale richiesta, per iscritto, due volte, con un intervallo di sette giorni, ad un medico che verificherà: le condizioni di ammissibilità, l'assenza di qualsiasi forma di coercizione o pressione esterna, la capacità mentale della persona in questione, la consulenza sulle opzioni terapeutiche alternative, comprese le cure palliative, il dialogo con la famiglia. Tale verifica doveva, poi, essere confermata da un secondo medico<sup>3</sup>.

Tuttavia il progetto di Maryan Street fu, successivamente, ritirato dalle urne, prima della campagna elettorale del 2014, su richiesta dell'allora leader Andrew Little. Nel marzo 2015, Lecretia Seales, un avvocato di Wellington gravemente malata di cancro al cervello ad uno stato ormai terminale, chiese con speranza, una pronuncia da parte dell'Alta Corte<sup>4</sup>, per tentare di ottenere il riconoscimento secondo cui la morte medicalmente assistita non sarebbe illegale ai sensi del *Crimes Act* 1961 e che, di conseguenza, il relativo divieto di essa violerebbe i diritti umani<sup>5</sup>, secondo il *New Zealand Bill of Rights Act* 1990<sup>6</sup>. Tuttavia l'Alta Corte, pronunciandosi sul caso di specie e sul relativo ordine di problema, stabilì che qualsiasi assistenza, sia sotto forma di suicidio assistito che di eutanasia, fosse illegale, precisando, inoltre, che l'art. 160 commi 2 e 3 e l'art. 179 del *Crimes Act* 1961 fossero coerenti con i diritti e le libertà contenuti nel *Bill of Rights Act* 1990. La *High Court* suggerì, poi, che le modifiche alla legge, richieste dalla sig.ra Seales, potrebbero essere apportate, eventualmente, solo dal Parlamento<sup>7</sup>. Oltre a contestare tale corretta interpretazione degli articoli 160 commi 2 e 3 e 179 del *Crimes Act*, nel tentativo di vedere accolta la sua richiesta, secondo cui il suo medico poteva somministrarle legalmente un farmaco letale senza rischiare di essere perseguito penalmente, Lecretia Seales aveva posto due richieste all'Alta Corte in merito agli articoli 8 e 9 del *New Zealand Bill of Rights Act* 1990<sup>8</sup>. In particolare, la ricorrente desiderava ottenere dall'*High Court* il riconoscimento secondo cui le disposizioni in questione, in materia di reato del *Crimes Act*, non fossero coerenti con i diritti garantiti dal *New Zealand Bill of Rights Act* 1990 (NZBORA). Nel caso di specie, si era voluto seguire le orme di quelle decisioni estere<sup>9</sup> in cui gli individui sostenevano, similmente, che le leggi nazionali, che vietavano il riconoscimento legale dell'eutanasia<sup>10</sup>, violavano in tal modo i loro diritti umani<sup>11</sup>. A tal riguardo, nei confini del fenomeno della *trans-judicial communication*<sup>12</sup>, determinante era stata la sentenza relativa al caso *Carter v. Canada*, in cui la Corte suprema canadese aveva dichiarato l'incostituzionalità del divieto generalizzato di suicidio assistito, compiendo l'*overruling* della precedente decisione della Corte suprema del 1993, la sentenza *Rodriguez v. British Columbia*<sup>13</sup>.

A seguito della pronuncia dell'Alta Corte neozelandese sul caso *Seales*, venne istituito il *Health Committee* allo scopo di orientare e disciplinare il dibattito sulla questione eutanasi, raccogliendo le proposte dell'elettorato.

<sup>3</sup> Cfr. Havill J. 2015 e Macleod A. 2012: 127-131.

<sup>4</sup> *Seales v. Attorney General* [2015] NZHC 1239.

<sup>5</sup> *Seales v. Attorney General*, *ivi*, par. 10.

<sup>6</sup> Sul caso *Seales v. Attorney General*, si rimanda a Laing C. 2015, Grey, L. 2016, Geddis. A. 2015; Mccann E. 2015, Gavaghan C. 2016: 4-18;

<sup>7</sup> *Seales v. Attorney General*, *ivi*, par. 13 e 211.

<sup>8</sup> L'art. 8 del *New Zealand Bill of Rights Act* afferma: "No one shall be deprived of life except on such grounds as are established by law and are consistent with the principles of fundamental justice"; mentre l'art. 9 della stessa legge: "Everyone has the right not to be subjected to torture or to cruel, degrading, or disproportionately severe treatment or punishment".

<sup>9</sup> *Carter v. Canada* (Procuratore generale) [2015] SCC 5; *Stransham-Ford contro Ministry of Justice* [2015] ZAGPPHC 230 (HCSA).

<sup>10</sup> *Carter v. Canada*, *ivi*, par. 3, 65, 66.

<sup>11</sup> Si rimanda a Stevie S. Martin 2018: 98-116; Geddis A. 2017, Rodriguez S. 2017; Stefanelli E. 2015, Di Martino A. 2015.

<sup>12</sup> Cfr. Slaughter A. 1994; Groppi T., Ponthoreau M. 2013.

<sup>13</sup> *Rodriguez v. British Columbia* (*Attorney General*), 3 SCR 519.

Era l'ottobre 2015 quando il leader del partito ACT David Seymour presentò il suo *End of Life Choice Bill*. Il progetto di legge di Seymour si proponeva come scopo di legalizzare l'eutanasia e il suicidio assistito in Nuova Zelanda per le persone di diciotto anni e oltre, con una malattia terminale o una condizione medica grave e irrimediabile, includendo, inizialmente, anche i soggetti con importanti disabilità e con condizioni di gravità cronica della salute mentale<sup>14</sup>.

Dopo aver ricevuto risultato positivo nel corso delle tre letture, il disegno di legge venne approvato dal Parlamento per passare in legge. Tuttavia, si stabilì che la decisione finale, intorno alla questione conclusiva se il progetto proposto potesse o meno diventare legge, sarebbe spettata all'elettorato neozelandese attraverso un referendum vincolante<sup>15</sup>.

“*The country has decided to support understanding and freedom of choice*”, ha commentato vittorioso David Seymour, all'indomani del risultato positivo raggiunto<sup>16</sup>. Immediata la reazione della Chiesa cattolica locale, che si era battuta a lungo contro l'approvazione della normativa: in una nota, il dottor John Kleinsman, direttore del Centro di bioetica *Nathaniel*, afferente alla Conferenza episcopale locale, sottolineava: «La nostra convinzione fondamentale che tutta la vita sia sacra ci porta a insegnare che non dovremmo mai togliere la vita ad un'altra persona»<sup>17</sup>. Per la Chiesa neozelandese il problema del c.d. *pendio scivoloso*<sup>18</sup> diventa sempre meno aleatorio e più una triste deriva di certezza.

### 3. *End of Life Choice Act 2019*: le fasi del processo di *assisted dying*

Elemento di iniziale singolarità di tale legislazione neozelandese risiede nel fatto che il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia abbiano specificato che l'*End of Life Choice Act 2019* usa il termine di morte assistita (*assisted dying*) sia per indicare l'eutanasia che il suicidio assistito<sup>19</sup>.

La legge in analisi presenta, nella sua parte introduttiva, come fondamento preliminare e basilare, l'indicazione del testo del quesito referendario posto ai cittadini neozelandesi (“*Do you support the End of Life Choice Act 2019 coming into force?*”), che potevano, quindi, esprimere una preferenza positiva o negativa<sup>20</sup>. È ripresa, anche, all'interno della normativa, quella che è la definizione di referendum, inteso come strumento che consente una partecipazione attiva e diretta dei cittadini. Viene specificato, inoltre, che se la maggioranza degli elettori votanti risponde, alla suddetta domanda, a sostegno dell'entrata in vigore della presente legge, questa sarà applicata dodici mesi dopo la data in cui verrà dichiarato l'esito ufficiale di tale referendum (come si è venuto, di fatto, a realizzare nel caso in esame). Altrimenti, se la legge in esame non entra in vigore entro cinque anni dalla data in cui riceve l'assenso reale, essa sarà abrogata. La normativa si articola in quattro parti: la prima parte (artt. 1-7), denominata *Preliminary provisions*, contiene una serie di disposizioni dedicate allo scopo e all'interpretazione della legge, alla specificazione del significato di persona ammissibile a ricorrere

<sup>14</sup> Tuttavia, durante la seconda lettura del progetto di legge in esame, furono approvati una serie di emendamenti che: limitavano l'ammissibilità del ricorso all'eutanasia solo alle persone con una malattia terminale, vietavano ad ogni operatore sanitario di avviare qualsiasi discussione sulla morte medicalmente assistita, fornendo tutele occupazionali per qualsiasi medico, infermiere o psichiatra che si opponesse a prendere parte al processo eutanasi per qualsiasi motivo. Venne inserita, anche, una disposizione, che delineava la possibilità per medici e infermieri di interrompere tale processo, qualora sospettassero l'esercizio di una qualsiasi forma di pressione sulla persona in cerca di assistenza medica alla morte.

<sup>15</sup> Sul punto cfr. TSAI, Bruce CH; Menkes, David B. 2020: 149-160.

<sup>16</sup> Battistella G. 2021.

<sup>17</sup> Cfr. Kleinsman J. 2015 e Battistella G. 2021.

<sup>18</sup> Sull'argomento: Siqueira-Batista, R., & Schramm, F. R. 2005; Mantovani F. 1988; Frey R.G., *Il timore della 'china scivolosa'*, Bok S., *Eutanasia*, entrambi in G. Dworkin- R.G. Frey-S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, Torino, 2001, 52 ss., 143.

<sup>19</sup> L'*EOLC Act* utilizza il termine “*assisted dying*” per indicare “*the administration by an attending medical practitioner or an attending nurse practitioner of medication to the person to relieve the person's suffering by hastening death or the self-administration by the person of medication to relieve their suffering by hastening death*”.

<sup>20</sup> L'intera normativa è disponibile in lingua originale su <https://www-legislation-govt-nz>.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

alla morte medicalmente assistita e competente a prendere una decisione informata su di essa, alla forza vincolante dell'atto sulla Corona; la seconda (artt. 8-24), intitolata *Assisted dying*, enuclea il tema fondamentale dell'obiezione di coscienza e della sua forma di esercizio, individua i requisiti essenziali e le condizioni necessarie e doverose per poter richiedere la buona morte, delinea la formulazione della richiesta e i termini di accettabilità di essa, esamina, poi, i tre pareri, che devono essere espressi, rispettivamente, dal medico curante, da un medico indipendente ed eventualmente da uno psichiatra, le modalità di somministrazioni del farmaco, con specificazione delle coordinate temporali, eventuali esiti differenti dallo scopo finale, causati dalla revoca da parte del soggetto interessato oppure dal sospetto di indebite pressioni esercitate su quest'ultimo; la terza parte (artt. 25-30), denominata *Accountability*, contiene una serie di disposizioni riguardanti i vari profili di intervento e funzionali di diversi organi, quali lo *SCENZ Group*, il Comitato di revisione, il *Register e persons to provide information to Registrar* (il Commissario per la Salute e l'Invalidità, un'autorità, la polizia neozelandese), inoltre si occupa di disciplinare la revisione del funzionamento della legge; la quarta e ultima parte (artt. 31-41), dal titolo *Related matters*, esamina le problematiche, i temi e le osservazioni in merito ad aspetti secondari che intersecano le precedenti principali questioni, come ad esempio, il rapporto con altri diritti e doveri, restrizioni alle pubblicazioni di dettagli sui decessi medicalmente assistiti, le immunità da responsabilità civili e penali, descrivendo gli effetti modificatori dovuti all'entrata in vigore dell'*EOLC Act*.

L'*EOLC Act* definisce, preliminarmente, all'art. 3 lo scopo della legge<sup>21</sup>, ossia dare alle persone che soffrano di una malattia terminale e che soddisfano determinati criteri, la possibilità di richiedere legalmente assistenza medica per porre fine alla loro vita, stabilendo, quindi, un processo legittimo per assistere tali soggetti, che risultando idonei, manifestano questa opzione di morte. La legge interviene, anche, nel definire scrupolosamente ogni tema che vada ad intersecare la questione principale di fine vita, ad esempio, specifica che per morte assistita, "*assisted dying*" si vuole intendere sia la somministrazione, da parte di un medico curante o di un infermiere professionista curante, di farmaci alla persona per alleviare le sofferenze della stessa affrettando la morte, sia l'autosomministrazione, da parte del soggetto, della medicina letale allo scopo di lenire il proprio dolore accelerando il decesso. In tal modo, con l'espressione "*assisted dying*", il legislatore ha voluto perseguire la necessità di comprendere un duplice significato, racchiuso nelle definizioni di eutanasia e di suicidio assistito.

Per persona ammissibile alla morte medicalmente assistita<sup>22</sup>, ai sensi dell'art. 5 della legge in commento, si intende un soggetto che soddisfi i seguenti requisiti:

- a) abbia almeno 18 anni;
- b) sia cittadino neozelandese, come previsto dal *Citizenship Act 1977* o sia residente permanente in Nuova Zelanda come definito dalla sezione 4 dell'*Immigration Act 2009*;
- c) soffra di una malattia terminale<sup>23</sup> che rischia di porre fine alla sua vita entro sei mesi;
- d) sia in uno stato avanzato di irreversibile declino ("*irreversible decline*") delle capacità fisiche;
- e) sperimenti sofferenze insopportabili ("*unbearable suffering*") che non possono essere alleviate in nessun modo che la persona consideri tollerabile;
- f) sia competente a prendere una decisione informata sulla morte medicalmente assistita.

Viceversa, una persona non è considerata idonea a ricorrere alla morte assistita qualora:

- a) soffra di una qualsiasi forma di disturbo o malattia mentale;

<sup>21</sup> Cfr. art. 3 dell'*EOLC Act*.

<sup>22</sup> Nello specifico la legge parla di "*person who is eligible for assisted dying or eligible person*".

<sup>23</sup> Tuttavia, la definizione di "malattia terminale" non viene fornita nella presente legge: potrebbe essere interpretata, genericamente, come comprensiva di qualsiasi condizione che sia limitante e pericolosa per l'esistenza, non esistendo una linea netta di demarcazione tra condizioni terminali e condizioni croniche. Ad esempio, alcune situazioni croniche possono diventare pericolose per la vita in pochi minuti, come nel caso di diabete, asma, allergie gravi e ipertensione. Inoltre, non esiste nemmeno un confine di separazione tra malattia terminale e disabilità, perché alcune forme di disabilità limitano la vita e comportano complicazioni che possono diventare pericolose per la stessa.

- b) abbia una disabilità di qualsiasi tipo;
- c) sia di età avanzata.

Per poter procedere all'iter che porta all'eutanasia, la persona deve essere, altresì, competente a prendere una decisione informata a riguardo. Questa è definita tale, ai sensi dell'art. 6, se sia in grado di:

- a) comprendere le informazioni sulla natura della morte medicalmente assistita rilevanti per la decisione;
- b) conservare tali informazioni nella misura necessaria per prendere la decisione;
- c) utilizzare o valutare queste notizie come parte del processo decisionale;
- d) comunicare la decisione.

Si noti, sin da subito, come tali disposizioni si traducano in misure stringenti e precise volte ad una selezione rigida e accurata, che consenta di individuare i casi validi ed effettivi; si tratta, inoltre, di analitiche e omogenee coordinate poste a baluardo del ricorso alla buona morte<sup>24</sup>. Nella formulazione definitiva e attuale della normativa in esame, si esclude, come si è detto in precedenza, il ricorso al processo eutanasi per i pazienti di età avanzata, affetti da disabilità o da qualsiasi forma di disturbo o malattia mentale. Si tratta di una novità nel profilo morfologico dell'*EOLC Act*, che contribuisce a sottolineare l'importanza della capacità della persona di assumere una decisione libera e consapevole, scevra da ogni forma di pressione esterna, frutto di una riflessione intellettualmente matura, risultando soprattutto il paziente, altresì, competente nell'assumere la sua scelta definitiva sulla base del bagaglio informativo, debitamente e doverosamente fornitogli dai professionisti sanitari. Egli deve essere "*able to: retain and understand information about the nature of assisted dying that is relevant to the decision; use or weigh that information as part of the process of making the decision; communicate the decision in some way*"<sup>25</sup>.

La seconda parte dell'*End of Life Choice Act* esordisce, all'art. 8, con la disamina della questione dell'obiezione di coscienza<sup>26</sup>, infatti un operatore sanitario non ha alcun obbligo di assistere qualsiasi persona che desideri esercitare l'opzione di ricevere assistenza in morte ai sensi della presente legge se egli ha un'obiezione di coscienza a fornire tale prestazione alla persona<sup>27</sup>. Il medico curante, secondo il comma 2 dell'art. 9, deve informare il soggetto della sua obiezione di coscienza e del diritto del soggetto stesso di chiedere allo *SCENZ Group*<sup>28</sup> il nome e i recapiti di un medico sostitutivo. Se il paziente sceglie di ricorrervi, tutti i successivi riferimenti posti nella presente legge al medico curante, ad eccezione dell'art. 11, sono relativi al medico sostitutivo<sup>29</sup>.

La legge specifica, inoltre, che il datore di lavoro non deve, ai sensi del comma 3 dell'art. 8, negare a un dipendente qualsiasi impiego, alloggio, mercede, servizio, diritto, titolo, privilegio o beneficio per il solo motivo che quest'ultimo si opponga per motivi di coscienza a prestare qualsiasi forma assistenziale oppure, viceversa, egli deve astenersi dal concedere i precedenti servizi e qualsiasi altro privilegio o vantaggio, subordinandoli al mero fatto che il dipendente fornisca o accetti di fornire qualsiasi assistenza alla buona morte. Una persona che subisce un illecito, a causa di una violazione di tale comma, ha diritto al risarcimento dei danni dal soggetto responsabile di tale violazione.

Tuttavia, un operatore sanitario che fornisca servizi medico-sanitari<sup>30</sup> ad una persona, non deve, ai sensi dell'art. 10 comma 1, nel corso della prestazione di tale servizio, avviare con quest'ultima, qualsiasi discussione che, in sostanza, si ponga in contrasto al ricorso alla morte medicalmente

<sup>24</sup> Sul punto cfr. Young, J., Geddis, A. 2020.

<sup>25</sup> Cfr. art. 6 dell'*EOLC Act*.

<sup>26</sup> Si rinvia a Mathew R. 2021 e a Espiner, E. 2020:57-60.

<sup>27</sup> Cfr. art. 8 dell'*EOLC Act*.

<sup>28</sup> Il gruppo SCENZ, la cui sigla sta per "*Support and Consultation for End of Life in New Zealand*", è l'organismo istituito ai sensi dell'art. 25 dell'*EOLC Act*, chiamato a svolgere un ruolo centrale, di supporto e intervento, per garantire l'imparzialità e la correttezza dell'iter eutanasi.

<sup>29</sup> Cfr. art. 9 comma 3 dell'*EOLC Act*.

<sup>30</sup> In questa sezione, servizio sanitario ha il significato attribuitogli dall'art. 5 comma 1 dell'*Health Practitioners Competence Assurance Act 2003*.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

assistita oppure proporre alla persona stessa qualsiasi suggerimento a favore dell'esercizio dell'opzione di ricevere assistenza alla morte. Non si impedisce, però, ad un medico o infermiere di discutere e di fornire informazioni sul ricorso all'eutanasia ad un soggetto, su richiesta di questo.

Secondo il comma 3 art. 10, l'operatore sanitario, che contravviene al comma 1, non deve essere considerato come aver commesso un reato ai sensi dell'art. 39 della presente legge, ma si ritiene che abbia agito in violazione dell'*Health and Disability Commissioner Act 1994* per aver fornito, infatti, servizi non conformi ai pertinenti standard legali; egli può essere, inoltre, oggetto di procedimenti disciplinari per cattiva condotta professionale ai sensi dell'*Health Practitioners Competence Assurance Act 2003*.

L'*End of Life Choice Act* prosegue, poi, nel delineare le caratteristiche e le modalità con cui deve essere esercitata e formulata la richiesta per ricorrere all'eutanasia, disciplinando, altresì, l'esercizio e la funzione del parere sanitario in relazione ad essa.

Infatti, ai sensi dell'art. 11, la persona che desidera esercitare la facoltà di ricevere la morte medicalmente assistita deve informare il medico curante della propria volontà. Egli, secondo il comma 2 dello stesso articolo, deve:

- a) fornire alla persona le seguenti informazioni:
  1. la prognosi della sua malattia terminale;
  2. la natura irreversibile della morte medicalmente assistita;
  3. gli impatti e le conseguenze previsti da questa;
- b) comunicare personalmente con qualsiasi mezzo (ad esempio, per telefono o comunicazione elettronica) con la persona circa il desiderio di questa di proseguire lungo l'iter, secondo intervalli determinati dall'andamento della malattia terminale;
- c) assicurarsi che l'uomo comprenda le altre opzioni alternative per le cure di fine vita;
- d) accertarsi che il soggetto sappia della sua facoltà in merito alla possibilità di decidere di non ricevere più il farmaco letale in qualsiasi momento prima della somministrazione;
- e) incoraggiare la persona a parlare e dialogare del proprio desiderio con altri, come familiari, amici e consulenti;
- f) assicurarsi che l'individuo sappia di non essere obbligato a discutere il proprio volere con qualsiasi soggetto;
- g) controllare che l'uomo abbia avuto l'opportunità di discutere la propria volontà con quelli che ha scelto;
- h) fare del proprio meglio per garantire che la persona esprima il proprio desiderio senza essere sottoposto a nessuna forma di pressione, pertanto deve conferire:
  1. con altri operatori sanitari che sono in contatto regolare con il paziente;
  2. con i familiari del soggetto da questo individuati.
- i) registrare, nella prima parte del modulo, tutte le azioni, informazioni e dati, raccolti sulla base dei punti precedenti.

Si noti, dunque, come emerga, *ictu oculi*, una fitta relazione e reciprocità nel rapporto medico/paziente, caratterizzata, in particolar modo, dallo scambio informativo, dal consenso informato, da una conoscenza ad ampio raggio e da un'attenzione vigilante<sup>31</sup>.

Ai sensi dell'art. 12, se la persona, richiedente il ricorso all'eutanasia, desidera continuare a procedervi<sup>32</sup>, il medico deve consegnarle il modulo di cui all'art. 11 comma 2; grava sul soggetto che ha presentato richiesta (soggetto A) il dovere assoluto di firmare e datare la seconda parte del modulo

<sup>31</sup> La Nuova Zelanda si pone lungo il confine del processo di superamento di quel particolare e serrato rapporto tra il medico e paziente, che la bioetica ha definito "paternalismo", proprio perché costruito sul primato assoluto del medico nei processi decisionali, dalla diagnosi alla cura, in base al principio *salus aegroti suprema lex*. Si tratta di una supremazia del professionista sanitario che si fonda sulla visione oggettiva della malattia, in virtù delle specifiche e tecniche conoscenze in campo medico e dei peculiari e delicati equilibri della funzionalità organica, di cui il medico è l'unico depositario. Egli conosce ciò che il paziente ignora, da qui la costruzione di un rapporto fiduciario che governa questa relazione terapeutica.

<sup>32</sup> Cfr. art. 12 comma 1 dell'*EOLC Act*.

oppure essere presente quando il documento viene firmato e datato da altra persona (soggetto B), ai sensi del comma 4 dell'art. 12. Nello specifico, tale comma prevede che la seconda parte del certificato debba essere firmata e datata da B se:

- a) A non può scrivere per nessun motivo;
- b) A chiede a B di firmarlo e di datarlo;
- c) B annota sul modulo di aver firmato la seconda parte del documento in presenza di A;
- d) B conferma nel modulo di non essere:
  1. un operatore sanitario che si prende cura di A;
  2. una persona che sa di poter beneficiare della morte di A;
  3. un soggetto di età inferiore a 18 anni;
  4. un individuo con disabilità mentale.

Il medico curante deve essere presente durante lo svolgimento delle precedenti operazioni, acquisire e inviare il modulo al *Register*<sup>33</sup>.

Altro aspetto determinante nella disamina della normativa è rappresentato dall'art. 13 comma 2, che introduce la formulazione della c.d. *first opinion* da parte del medico curante: egli, infatti, deve pervenire al parere che la persona, richiedente l'eutanasia, sia o meno ammissibile e idonea a ricorrervi, risultando, altresì, competente a prendere una decisione informata sulla buona morte. Il medico deve, successivamente, compilare il modulo approvato, registrando il proprio parere, e inviarlo al *Register*. Si prosegue, poi, all'art. 14, con la c.d. *second opinion* da parte di un medico indipendente, infatti il medico curante deve rivolgersi allo *SCENZ Group* per ottenere il nome e i recapiti di un professionista del settore che sia estraneo ma, soprattutto, indipendente, in modo tale da chiedergli un parere intorno all'ammissibilità o meno all'eutanasia da parte della persona che ha esercitato tale opzione di fine vita. Il medico in questione deve procedere, ai sensi dell'art. 14 comma 3, a leggere la cartella clinica del soggetto, esaminarla e stabilire se abbia diritto e sia ammissibile a tale opzione di morte, risultando, altresì, competente ad assumere una decisione informata<sup>34</sup>. Provvede, infine, a compilare il modulo, registrando il proprio parere, successivamente lo invia al *Register* e ne manda una copia al medico curante (art. 14 comma 4). Se la competenza della persona ad assumere una decisione informata su tale opzione di fine vita non è stata accertata in modo esaustivo e soddisfacente sia dal medico curante che dal medico indipendente<sup>35</sup>, l'art. 15 contempla la c.d. *third opinion* da parte di uno psichiatra. Infatti i medici devono congiuntamente rivolgersi allo *SCENZ Group* per ottenere il nome e i recapiti di uno specialista del settore, in modo tale da chiedere a quest'ultimo un parere sulla facoltà o meno di prendere una decisione informata sull'eutanasia da parte della persona che ne avesse fatto precedentemente richiesta. Lo psichiatra deve, quindi provvedere a leggere la cartella clinica del soggetto, esaminarlo accuratamente e accertare se sia competente o meno a prendere una decisione informata a riguardo. Successivamente, dovrà compilare il modulo, registrando il proprio parere, inviarlo al *Register* e, infine, mandare una copia sia al medico curante sia al medico indipendente<sup>36</sup>.

<sup>33</sup> La figura del *Register* viene disciplinata dall'art. 27 dell'*EOLC Act*, che descrive il ruolo e le funzioni di tale organismo, infatti il Direttore Generale è chiamato a nominare "an employee of the Ministry" come *Register*. Il *Register* ha il compito di istituire e conservare un registro in cui riportare i moduli approvati dal *Register* stesso, le relazioni del Comitato di revisione al *Register*, e quelle di tale organo al *Minister*. Egli deve, poi, consultare il Garante della privacy prima di istituire il registro e poi ad intervalli regolari. Se riceve, inoltre, un reclamo sull'adeguatezza della condotta di qualsiasi operatore sanitario, che ritenga si riferisca ad una questione non rientrante nella propria giurisdizione, dovrà deferirla, secondo i casi di competenza, all'organo interessato. Il *Register* conserva il dovere di riferire al *Minister*, entro la fine del 30 giugno di ogni anno, in merito agli argomenti disciplinati all'art. 27 comma 7 dell'*EOLC Act*.

<sup>34</sup> Si noti che solo il primo medico, il medico curante, deve "fare del proprio meglio per garantire che il soggetto esprima il proprio desiderio senza pressioni", il secondo medico, infatti, è tenuto solo a verificare che una persona soddisfi i criteri di ammissibilità enunciati della legge.

<sup>35</sup> Cfr. art. 14 dell'*EOLC Act*.

<sup>36</sup> Cfr. art. 15 comma 4 dell'*EOLC Act*.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

Alla luce dell'iter che ha portato alla formulazione dei due o eventualmente tre pareri, si potrebbe giungere alla conclusione che, sulla base dei dati raccolti<sup>37</sup>, la persona non abbia i requisiti sufficienti e necessari per avere diritto all'eutanasia. Pertanto, se ad esprimere parere contrario è il medico curante, questi, secondo l'art. 13 comma 2, deve spiegare le ragioni del proprio convincimento al soggetto che ha richiesto la possibilità di ricevere la morte medicalmente assistita. Viceversa, se l'opinione sfavorevole giunge dal medico indipendente o dallo psichiatra, rispettivamente ai sensi degli artt. 14 e 15, saranno costoro a spiegare le motivazioni della loro decisione sia alla persona interessata sia al medico curante. Questi avrà cura di compilare il modulo, registrando le azioni intraprese, e inviarlo al *Register*.

Nel caso in cui, invece, l'iter precedente abbia portato ad esito favorevole in merito al riconoscimento del soggetto richiedente di accedere alla buona morte, l'art. 17 comma 2 prevede che il medico curante: comunichi tale idoneità alla persona interessata, discuta con questa in merito all'andamento della sua malattia terminale e la probabile tempistica per la somministrazione del farmaco, le consegna un modulo per consentirle di scegliere la data e l'ora per l'assunzione della medicina letale (restituendolo al medico curante stesso una volta compilato), l'avvisi della possibilità per cui in qualsiasi momento, dopo aver compilato tale documento, possa decidere di non ricevere più il farmaco o di riceverlo in un momento successivo, che non sia, però, superiore a sei mesi dopo la data inizialmente scelta. Al termine di queste operazioni, il medico curante deve compilare il modulo e inviarlo al *Register*. Secondo l'art. 18 comma 3, ogni volta che una persona idonea decide, ai sensi dell'art. 17 e dell'art. 20, di ricevere il farmaco in una data successiva a quella inizialmente scelta, dovrà provvedere a compilare un nuovo documento, secondo l'art. 17 comma 2, che sostituisca completamente e definitivamente il precedente (*a replacement form*)<sup>38</sup>.

Si noti, dunque, come i due o eventualmente tre pareri, costituiscano un fondamento importante nell'analisi medico-giuridica di ammissibilità del paziente a tale percorso eutanasi, volta a selezionare solo quelle richieste che rispecchiano fedelmente e totalmente i requisiti necessari, descritti ed esaminati negli articoli sopra menzionati. Soprattutto, la figura di un medico indipendente, accanto a quella del medico curante, riveste un ruolo di ulteriore certezza e garanzia nel processo della buona morte, data, infatti, la stretta relazione che caratterizza il rapporto tra il medico curante e il paziente, che potrebbe condizionare le varie scelte e tradursi in una posizione di parzialità del primo ai danni o a favore (secondo i casi) del secondo, rendendo, così necessaria una figura estranea ed indipendente. A dimostrazione di tale imparzialità, il nome del medico indipendente verrà fornito dallo *SCENZ Group* e non dal medico curante, proprio per evitare scelte di favore da parte di quest'ultimo, che possano così danneggiare la correttezza e la legalità dell'iter eutanasi. Il ruolo dello psichiatra si inserisce, poi, come ulteriore fonte di specificità, in virtù della peculiarità e analiticità del suo esercizio, qualora la competenza a decidere del paziente riguardo tale opzione di fine vita non sia stata accertata in modo soddisfacente da uno o da entrambi i dottori. Anche in tal caso, per garantire l'imparzialità, la nomina dello psichiatra viene effettuata dallo *SCENZ Group*.

Occorre, tuttavia, sottolineare la mancata menzione della normativa di ogni richiamo a possibili figure di testimoni in queste fasi peculiari e importanti dell'iter eutanasi<sup>39</sup>.

Secondo l'art. 19 comma 2, rubricato *Provisional arrangements for administration of medication*, prima della data scelta dal soggetto, giudicato idoneo per la somministrazione del farmaco, il medico curante deve:

<sup>37</sup> Cfr. Gaudino L. 2020.

<sup>38</sup> Art. 18 comma 3(b) dell'*EOLC Act*: “References in sections 19 and 20 to the date chosen or chosen time are references to the date and time chosen in the replacement form”.

<sup>39</sup> Al contrario, ad esempio, la legge sul fine vita del Victoria richiede un testimone indipendente al momento della richiesta dell'opzione eutanasi, ai sensi degli artt. 34, 35, 36 del *Voluntary Assisted Dying Act 2017* e prima di somministrare la dose letale, secondo l'art. 65 sempre di tale legge. La presenza di testimoni, che devono assistere alla firma della dichiarazione scritta di volontà del paziente, è richiesta, anche, in Oregon (per l'esattezza si tratta di almeno due testimoni previsti dall'art. 127.810 s.2.02. del *Death with Dignity Act*) e in Canada (art. 241.5 del *Medical Assistance in Dying*).



- a) consigliargli i seguenti metodi per l'assunzione del medicinale:
- ingestione innescata dalla stessa persona;
  - somministrazione endovenosa (“*intravenous delivery*”);
  - ingestione attraverso un tubo (“*ingestion through a tube*”), effettuata dal medico curante o da un infermiere;
  - iniezione praticata dal professionista sanitario curante.
- b) chiedergli di scegliere uno dei precedenti metodi;
- c) assicurarsi che la persona sia a conoscenza della sua facoltà, esercitabile in qualsiasi momento prima della somministrazione del farmaco, di non ricevere il medicinale o di riceverlo in un momento successivo, che non sia, però, superiore a sei mesi dalla data inizialmente scelta;
- d) prendere disposizioni provvisorie per la somministrazione della medicina nel giorno e all'ora prescelti.

Almeno quarantotto ore prima della somministrazione<sup>40</sup>, il medico curante deve scrivere la ricetta per il soggetto idoneo e comunicare al *Register* ogni informazione riguardante le modalità scelte e definite (art. 19 comma 3). Il *Register* deve verificare che le procedure di cui agli artt. 11-18 siano state rispettate e in caso di esito positivo ne darà comunicazione al medico curante.

L'art. 20 si occupa di sviluppare un altro ordine di problema, ossia il delicato iter di somministrazione del farmaco, attenzionando, soprattutto, le complesse e differenti situazioni che si possono venire a creare<sup>41</sup>. Infatti, all'ora prescelta per l'assunzione del medicinale, il medico o l'infermiere curante avranno il dovere di chiedere alla persona se intenda scegliere di ricevere il farmaco in quel momento oppure di non assumerlo subito ma in un momento successivo, non superiore a sei mesi dopo la data inizialmente stabilita, oppure di revocare direttamente la sua richiesta di esercitare l'opzione della morte medicalmente assistita. Se il soggetto sceglie di non assumere il farmaco, il medico curante dovrà allontanare immediatamente il medicinale, compilare un modulo, in cui riportare le relative operazioni, e inviarlo al *Register*. Viceversa, in caso di scelta affermativa, il professionista medico sanitario provvederà a fornire o somministrare il farmaco nelle modalità stabilite e decise in precedenza. Inoltre, il medico curante, ai sensi dell'art. 20 comma 5, deve essere a disposizione<sup>42</sup> della persona fino alla sua morte oppure dovrà fare in modo che vi sia un altro dottore a rimanere per ogni esigenza<sup>43</sup>.

Entro quattordici giorni lavorativi dal decesso del soggetto a seguito della somministrazione della dose letale<sup>44</sup>, il medico curante, che ha fornito o somministrato il farmaco, dovrà inviare al *Register* una relazione contenente le informazioni, di cui al comma 2 dell'art. 21:

<sup>40</sup> L'unico periodo di tempo specificato nell'*End of Life Choice Act* è di quarantotto ore tra la scrittura della prescrizione e la somministrazione della dose letale. Tale arco temporale di riflessione è richiesto, invece, in molte legislazioni straniere come strumento di garanzia per la vera e profonda maturazione e consapevolezza del desiderio di scegliere la buona morte. Viceversa, ad esempio in Oregon è richiesto un tempo di attesa di quindici giorni (*Death with Dignity Act*, s 3.06), a meno che non si preveda che la persona muoia entro questo periodo, in Canada di dieci (*Medical Assistance in Dying SC 2016*, c.3), s 241.2(4)(g). Anche le altre leggi statunitensi sul fine vita richiedono un arco temporale di riflessione più o meno ampio, che va dai nove ai venti giorni. Nello specifico: Washington 17 giorni, *Death with Dignity Act*, s RCW 70.245.110; Vermont 15 giorni, *Patient Choice and Control at End of Life Act* (legge 39), s 5283(2); California 15 giorni, *End of Life Option Act*, s 443.3(a); Colorado 15 giorni, *End-of-Life Option Act*, s 25-48-104(1); Distretto di Columbia 15 giorni, *Death with Dignity Act* del 2016, s 3(a)(1); Hawaii 20 giorni, *Our Care, Our Choice Act*, s 2(1); New Jersey 17 giorni, *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act*, s C.26:16-9(10)(6); Maine 17 giorni, *Death with Dignity Act*, s 2140(13); Victoria 9 giorni, *Voluntary Assisted Dying Act 2017*, s 38; Western Australia 9 giorni, *Voluntary Assisted Dying Act 2019*, s 48(1).

<sup>41</sup> Cfr. art. 20 comma 1 dell'*EOLC Act*.

<sup>42</sup> Secondo il comma 6 dell'art. 20 dell'*EOLC Act*, il medico curante “*is available to the eligible person*” se si trova nella stessa stanza o area della persona oppure, pur non essendo presente, si trovi nelle immediate vicinanze (“*in close proximity to the person*”).

<sup>43</sup> Nello specifico si legge: “*The attending medical practitioner, or the attending nurse practitioner, must be available to the eligible person until the person dies or arrange for another medical practitioner or attending nurse practitioner to be available to the person until the eligible person dies*”.

<sup>44</sup> Cfr. art. 20 dell'*EOLC Act*.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

- a) il nome del medico o dell'infermiere curante;
- b) il nominativo della persona morta;
- c) l'ultimo indirizzo noto del soggetto;
- d) il fatto che la persona sia morta;
- e) la specificazione della scelta del metodo utilizzato, tra quelli descritti nel comma 2 dell'art. 19;
- f) una descrizione della somministrazione del farmaco;
- g) eventuali problemi sorti nell'assunzione del farmaco e le possibili soluzioni adottate per affrontarli;
- h) il luogo in cui la persona è morta;
- i) data e ora di morte;
- j) il nome del medico e/o dell'infermiere che erano a disposizione della persona fino al suo decesso;
- k) i nominativi di eventuali altri operatori sanitari presenti quando il soggetto è morto.

Alla fine il *Register* dovrà inviare tale relazione<sup>45</sup> al Comitato di revisione<sup>46</sup>. Tuttavia, una volta che la prescrizione del farmaco non è più necessaria, il medico curante deve distruggere immediatamente la ricetta e darne comunicazione al *Register*<sup>47</sup>.

L'art. 23 contempla un altro ordine di problema, ossia il caso in cui la persona in questione revochi la sua richiesta di esercitare tale opzione di fine vita, salva la possibilità di avvalersi di questa scelta in qualsiasi momento successivo, subordinandola, però, alla presentazione di una nuova richiesta ai sensi dell'art. 11. Il medico curante, una volta accertato che il soggetto ha mutato la sua decisione, dovrà compilare il relativo modulo, riportando l'annullamento della richiesta da parte della persona interessata, inviarlo al *Register* e “*take no further action in respect of the person's request (other than under section 22, if applicable)*”.

Se in qualsiasi momento il dottore e l'infermiere curante sospettano, per ragionevoli motivi, che una persona, che ha dato voce alla sua volontà di esercitare l'opzione di ricevere la morte medicalmente assistita, non stia esprimendo il proprio desiderio libero da ogni forma di pressione, avranno il dovere di interrompere qualsiasi azione finalizzata all'eutanasia<sup>48</sup>. Successivamente, daranno immediata comunicazione all'individuo, per poi procedere a compilare il modulo, con le relative informazioni, e inviarlo al *Register* (art. 24).

L'art. 30 dell'*End of Life Choice Act*, rubricato *Review of operation of Act*, disciplina il meccanismo di revisione del funzionamento della legge<sup>49</sup>. Infatti il Ministero della Salute deve, entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge e poi ad intervalli successivi non superiori a cinque anni: rivedere il funzionamento di tale legge, valutare se eventuali emendamenti alla presente

<sup>45</sup> Contrariamente al dovere e al funzionamento del Comitato di revisione presente nei Paesi Bassi, quello istituito dall'*End of Life Choice Act* riceverà solo il rapporto di morte assistita e nessuna informazione sulla cartella clinica della persona.

<sup>46</sup> Altro organo importante nel percorso di morte medicalmente assistita è rappresentato dal Comitato di revisione, la cui funzione è disciplinata dall'art. 26. Tale organo è composto da un esperto di etica medica e da due operatori sanitari, uno dei quali deve essere un medico che esercita nel settore delle cure di fine vita. Il *Review Committee* svolge le funzioni descritte dall'art. 26 comma 2 dell'*EOLC Act*. Inoltre, l'art. 27 comma 6 dell'*EOLC Act* prevede che il *Register* intraprenda qualsiasi azione diretta dal Comitato di revisione, ai sensi dell'art. 26 comma 2 (c) dell'*EOLC Act*.

<sup>47</sup> Cfr. art 22 dell'*EOLC Act*.

<sup>48</sup> Nello specifico, si legge: “*If, at any time, the attending medical practitioner or attending nurse practitioner suspects on reasonable grounds that a person who has expressed the wish to exercise the option of receiving assisted dying is not expressing their wish free from pressure from any other person, the medical practitioner or nurse practitioner must take no further action under this Act to assist the person in exercising the option of receiving assisted dying and tell the person that they are taking no further action under this Act to assist the person in exercising the option of receiving assisted dying.*”

<sup>49</sup> Cfr. art. 29 dell'*EOLC Act*.

normativa siano necessari o auspicabili, riferire i risultati al *Minister*<sup>50</sup>, il quale dovrà presentare copia della relazione alla Camera dei Rappresentanti.

#### 4. Gli effetti sul profilo civile e penale

Ad apertura della quarta e ultima parte della normativa in esame, all'art. 31, il legislatore ha voluto puntualizzare come il Governatore Generale possa emanare, con ordinanza in Consiglio, regolamenti<sup>51</sup> che riguardano tutte le materie contemplate dalla presente legge, necessarie per la sua amministrazione o per darle piena efficacia. Viene specificato, inoltre, come nulla dell'*End of Life Choice Act* possa pregiudicare sia il diritto del soggetto di rifiutare il nutrimento, l'idratazione o le cure mediche di sostegno vitale sia il dovere del medico di alleviare la sofferenza in conformità con la pratica medica standard<sup>52</sup>. A questo si ricollega l'art. 33 comma 1, che afferma: "*A person who wishes to request to exercise the option of receiving assisted dying under this Act must sign and date the approved form referred to in section 12(3) (the request form), and to the extent that any provision expressing such a wish is included by the person in an advance written or oral directive, will, contract, or other document that provision is invalid*".<sup>53</sup>

È opportuno, poi, sottolineare l'importante ruolo ricoperto dall'art. 34, che interviene nello stabilire che il c.d. tutore del benessere (*welfare guardian*) nominato per una persona ai sensi del *Protection of Personal and Property Rights Act* 1988 non ha, in tale veste, il potere di prendere alcuna decisione o intraprendere qualsiasi azione, ai sensi della presente legge, per la persona stessa<sup>54</sup>.

Altro articolo centrale nella disamina dell'*EOLC Act* è rappresentato dall'art. 36, che sottolinea le rigide e precise restrizioni poste in relazione alla pubblicazione dei dettagli dei decessi, che costituiscono l'epilogo della scelta di fine vita. Il comma 2 dell'art. 36 stabilisce, infatti, che nessuna persona può rendere pubblico, in riferimento a qualsiasi tipologia di morte del caso di specie:

- a) il metodo con cui il farmaco è stato somministrato al paziente;
- b) il luogo in cui è stato dato;
- c) il nome della persona che ha somministrato il farmaco o il nome del datore di lavoro della stessa.

Una persona, che contravviene alle precedenti disposizioni, è considerata aver commesso reato ed è, quindi, condannata al pagamento di una multa non superiore a \$ 20.000 (nel caso si tratti di una persona giuridica) oppure al di sotto di \$ 5.000 (in ogni altro caso). Il comma 5 dell'art. 36 specifica che gli strumenti di diffusione pubblica qui considerati sono:

- a) la radiodiffusione (ai sensi del *Broadcasting Act* 1989);
- b) il giornale (secondo la *Defamation Act* 1992);
- c) un qualsiasi libro, diario, rivista, newsletter o altro documento simile;
- d) una registrazione audio o visiva;
- e) un sito Internet generalmente accessibile al pubblico o altri mezzi elettronici dello stesso tipo.

Si ponga in rilievo anche l'art. 37, che interviene, invece, nello sviluppare il delicato problema dell'immunità da responsabilità penale, stabilendo che l'operatore sanitario possa giovare di tale

<sup>50</sup> La legge fa riferimento al Ministro della Corona responsabile dell'amministrazione della presente legge, sotto l'autorità di un mandato o del Primo Ministro.

<sup>51</sup> I regolamenti di questa sezione rientrano nella c.d. categoria di *secondary legislation* per cui seguono i requisiti di pubblicazione previsti dalla terza parte in cui è articolato il *Legislation Act* 2019.

<sup>52</sup> Cfr. art. 32 comma 2 dell'*EOLC Act*.

<sup>53</sup> Per il documento di revoca si legge, invece, al comma 2 dell'art. 33: "*A person who, after signing and dating the request form, wishes to rescind a request to exercise the option of receiving assisted dying under this Act must communicate that wish to the attending medical practitioner or the attending nurse practitioner orally, in writing (a rescind document), or by gesture and to the extent that any provision expressing such a wish is included by the person in an advance written or oral directive, will, contract, or other document (not being a rescind document) that provision is invalid*".

<sup>54</sup> Cfr. art. 18 del *Protection of Personal and Property Rights Act*.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

condizione, non trovandosi, quindi, nella situazione disciplinata dall'art. 179 del *Crimes Act* 1961<sup>55</sup>, qualora compia le seguenti operazioni:

- a) discutere con una persona, su richiesta della stessa e in conformità agli artt. 10 e 11 della presente legge, riguardo la morte medicalmente assistita<sup>56</sup>;
- b) fornirle informazioni in merito all'eutanasia, in conformità agli artt. 10 e 11 dell'*EOLC Act*;
- c) fornire al soggetto il modulo approvato, di cui all'art. 11 comma 2 della presente legge in conformità con l'art. 12 comma 2;
- d) intraprendere qualsiasi altra azione che la presente legge predisponga nei confronti di un individuo, che richieda di discutere, di ricevere informazioni o di esercitare l'opzione di ricevere la morte medicalmente assistita e di porlo a conoscenza di tutte quelle notizie che è suo diritto possedere<sup>57</sup>.

Pertanto, il soggetto giudicato idoneo (soggetto A) potrà esercitare il suo diritto di usufruire dell'opzione di morte medicalmente assistita, ai sensi della presente legge, non commettendo alcun reato. Proseguendo con la nostra disamina, il comma 4 dell'art. 37 stabilisce, invece, che se un'altra persona (definita soggetto B) viene a sapere, o ha ragionevoli motivi per ritenere, che A ha chiesto di esercitare l'opzione dell'eutanasia, ai sensi della presente legge, B non è giustificato:

- a) nell'usare qualsiasi forza, ai sensi dell'art. 41 del *Crimes Act* 1961, per impedire ad A di esercitare tale opzione<sup>58</sup>;
- b) nell'impiegare qualsiasi energia, ai sensi dell'art. 48 del *Crimes Act* 1961, per difendere A da un'azione, intrapresa nei suoi confronti e autorizzata dalla legge<sup>59</sup>.

Prosegue il comma 5 dell'art. 37, affermando che B è immune da responsabilità penale, se credendo in buona fede per ragionevoli motivi che A desidera esercitare l'opzione della morte medicalmente assistita ai sensi della presente legge:

- a) intraprenda qualsiasi azione che causi, assista o faciliti la morte di A in conformità ai requisiti di legge (ad esempio, un medico curante che, ai sensi dell'art. 20 comma 4, somministra farmaci ad A, è immune da responsabilità penale per la morte di questi<sup>60</sup>);
- b) non compia alcuna azione e la relativa inattività provochi o faciliti la morte di A (ad esempio, un infermiere professionista che, ai sensi dell'art. 20 comma 5, non intraprende alcuna attività per rianimare A, è immune da responsabilità per la morte di questo).

L'*End of Life Choice Act* sottolinea come il comma 5 dell'art. 37 si applica “*even if taking that action, or failing to take that action, would, but for subsection (5), constitute an offence under any enactment*” e nonostante l'art. 63 del *Crimes Act*<sup>61</sup>.

L'art. 38 introduce, invece, il tema dell'immunità da responsabilità civile, sostenendo che un soggetto (A) è esente da responsabilità civile, se ritenendo in buona fede per motivi ragionevoli che un'altra persona (B) desidera esercitare l'opzione della morte medicalmente assistita:

- a) intraprende qualsiasi azione che aiuti o faciliti la morte di B in conformità con i requisiti della presente legge;

<sup>55</sup> Secondo tale articolo, è punito con la reclusione, per un tempo non superiore a quattordici anni, chiunque inciti, consigli o induca qualsiasi persona a suicidarsi, se questa, commetta o tenti di suicidarsi in conseguenza di ciò, oppure ancora aiuti o favorisca qualsiasi soggetto nella commissione del suicidio. Il comma 2 dell'art. 179 del *Crimes Act* 1961 stabilisce, poi, che commette un reato la persona che incita, consiglia o induce un'altra a suicidarsi, anche se questa non commette o tenta di suicidarsi in conseguenza di tale condotta. Il soggetto che commette un reato ai sensi del comma 2 è punito con la condanna alla reclusione non superiore a tre anni. Sulla riforma del *Crimes Act* 1961 si legga il report NZLC R111, disponibile sul website della Law Commission, [www.lawcom.govt.nz](http://www.lawcom.govt.nz)

<sup>56</sup> Cfr. artt. 10-11 dell'*EOLC Act*.

<sup>57</sup> Art. 37 comma 2 dell'*EOLC Act*: “*The rest of this section applies if a person (A) is eligible to exercise the option of receiving assisted dying under this Act and wishes or requests to exercise that option*”.

<sup>58</sup> Cfr. art. 41 del *Crimes Act* 1961.

<sup>59</sup> Cfr. art. 48 del *Crimes Act* 1961.

<sup>60</sup> Cfr. art. 20 dell'*EOLC Act*.

<sup>61</sup> Cfr. art. 63 del *Crimes Act*.

b) non intraprende alcuna azione determinando così la morte di B, in conformità con i requisiti della presente legge.

Tuttavia, la persona conserva il diritto di avviare procedimenti disciplinari contro un operatore sanitario secondo l'*Health Practitioners Competence Assurance Act 2003*, oppure ai sensi degli artt. 50 e 51 dell'*Health and Disability Commissioner Act 1994*, oppure ancora sollecitando il controllo giurisdizionale.

Inoltre, ai sensi dell'art. 39 comma 2, un soggetto commette reato se, senza giustificato motivo ("without lawful excuse"), completi, alteri o distrugga totalmente o parzialmente un modulo per qualsiasi altra persona senza il suo consenso. Pertanto, l'autore del reato sarà punito o con reclusione per un periodo non superiore a tre mesi o con multa non superiore a \$ 10.000.

## 5. Elementi di criticità e gli interrogativi del futuro

Data la natura e la portata rivoluzionaria racchiusa all'interno della normativa in esame e i consequenziali effetti dirompenti, che, naturalmente, ne derivano, l'entrata in vigore dell'*End of Life Choice Act 2019* ha sollevato notevoli critiche e perplessità non solo di natura prettamente giuridica, ma soprattutto di matrice ideologica e religiosa. Trattandosi di un cambiamento radicale che ha interessato il Paese, è naturale che siano derivate diverse voci dubbiose e di netta contestazione, considerando, inoltre, le influenze sempre più pressanti e le idee sempre più radicali, derivanti dalla presenza nel territorio dei Maori<sup>62</sup>, i quali si rendono, infatti, custodi di un particolare culto della morte, che rigetta nettamente ogni forma di morte medicalmente assistita. Dal punto di vista della spiritualità Maori, rendere legale l'eutanasia significa sottrarre al momento della morte la dimensione relazionale e comunitaria tipica del *whānau*. Secondo tale cultura, infatti, la vita e la morte non sono considerati come eventi individuali, racchiusi in una sfera di intima singolarità, ma come momenti di pluralità celebrativa del *whānau*.

Senza dimenticare, poi, la netta opposizione realizzata dalla Chiesa neozelandese, portatrice dell'idea di sacralità della vita, collocandosi, inoltre, tra quelli che sostengono fermamente la preoccupazione e il problema legati all'elevato rischio del c.d. *pendio scivoloso*.

Diverse sono, poi, le lacune che interessano la normativa, rendendola carente e impreparata su profili cruciali e significativi nella disciplina della morte medicalmente assistita, soprattutto nelle sue forme applicative e funzionali. Ad esempio, il Parlamento neozelandese ha respinto, senza discuterne, la richiesta della presenza di un testimone indipendente nel momento della morte del paziente. A questo si aggiunga il fatto che l'*EOLC Act* non prevede alcun periodo di riflessione da parte del soggetto interessato prima che venga prescritto il farmaco. A tal riguardo, una persona giudicata idonea potrebbe potenzialmente morire già quattro giorni dopo la diagnosi di una malattia terminale e senza avere, così, tempo di parlarne con i propri cari. Pertanto, il rischio di una decisione impulsiva ed emotiva si rileva essere piuttosto alto.

La normativa interviene, poi, nel vietare puntualmente ad ogni operatore sanitario di avviare un dibattito sulla morte medicalmente assistita con il paziente<sup>63</sup>, ma ci sono delle scappatoie. Infatti il medico non può intraprendere una discussione mentre presta il suo servizio sanitario alla persona, ma nulla gli impedisce di farlo al di fuori del lavoro. Inoltre, l'*EOLC Act* vieta solo quelle discussioni che riguardano specificamente la "morte medicalmente assistita ai sensi della presente legge". La normativa, non impedisce, dunque, ad un operatore sanitario di discutere in linea generale di eutanasia.

Non è menzionata e richiesta, poi, alcuna prova scritta per dimostrare che la persona abbia confermato il proprio desiderio di morte prima di ricevere la dose letale<sup>64</sup>. Non è necessario, inoltre,

<sup>62</sup> Sul punto si rinvia a Faedda B. 2001, Cardinale T. 2020.

<sup>63</sup> Cfr. art. 10 dell'*EOLC Act*.

<sup>64</sup> Young J. 2021.

secondo la presente legge, monitorare la quantità di farmaci somministrati o l'eventuale uso di quelli rimanenti, né certificare che le prescrizioni siano state effettivamente distrutte, qualora non fossero più necessarie (spetterebbe, tutt'al più, al medico o all'infermiere professionista dichiarare di averlo fatto, ma sempre senza alcun testimone). Si tratta di una lacuna importante, che va ad innervare un momento fortemente delicato di tale iter, a cui l'*EOLC Act* non presta ascolto<sup>65</sup>.

Tuttavia, uno dei profili di maggiore tensione risulta essere rappresentato dalla mancata specificazione e dal doveroso approfondimento dei requisiti di idoneità previsti dall'art. 5 dell'*EOLC Act*, il che porta, ad esempio, ad avere interpretazioni eterogenee, vaghe e fuorvianti dell'espressione "condizione medica grave e irrimediabile": questa includerebbe tutte le condizioni psichiatriche e le malattie croniche come il diabete, l'artrite o la sindrome del dolore cronico, indipendentemente dalla gravità? Inoltre, non è specificato cosa significhi effettivamente "irrimediabile": vuole, ad esempio, indicare, forse, che non ci sono trattamenti finanziati con fondi pubblici attualmente disponibili che siano efficaci e adatti? Che dire, poi, dei trattamenti del prossimo futuro o dei trattamenti attuali che esistono e sono efficaci e adeguati, ma vengono rifiutati dal paziente senza buoni motivi?

Inoltre, il compito di determinare la capacità mentale nel contesto dell'eutanasia o del processo decisionale di suicidio assistito risulta essere fortemente complesso e impegnativo. Non esiste, infatti, un test assoluto per definire la capacità mentale e i pazienti, che sembrano completamente mentalmente competenti, potrebbero, in realtà, non esserlo. Ad esempio, le prove fornite al Comitato ristretto del Regno Unito sulla morte assistita hanno mostrato che il 30% delle persone con malattia dei motoneuroni è risultato, dopo attenti test neuropsicologici, avere un deterioramento cognitivo. I legami tra capacità, cognizione e condizioni sottostanti sono estremamente articolati e complessi<sup>66</sup>. Mentre l'incapacità cognitiva può derivare da demenza o delirio, il deterioramento cognitivo può verificarsi in persone con sentimenti di disperazione o di depressione (spesso rimediabili o limitati nel tempo), considerando, anche, il fatto che la determinazione della capacità non è del tutto fondata su presupposti di natura clinica, ma coinvolge anche una componente etica.

Altro ordine di problema è costituito dalla prognosi dei sei mesi, indicata dalla normativa tra i requisiti necessari di ammissibilità al percorso eutanasi<sup>67</sup>. Essa risulta essere arbitraria, ma, soprattutto, fuorviante: le persone con sei mesi di vita soffrono più delle persone con sette mesi, o un anno, o dieci anni, da vivere? Inoltre, la diagnosi e la prognosi potrebbero rilevarsi sbagliate. È impossibile, infatti, per i medici prevedere con precisione quanto vivrà una persona, specialmente fino a sei mesi. Ci sono stati casi di pazienti che sarebbero dovuti morire entro poche ore o giorni, ma, alla fine, si sono ripresi e hanno vissuto per mesi o anni. La diagnosi può essere sbagliata, nonostante le migliori intenzioni del medico, essendo questa il prodotto non solo del doveroso e imprescindibile vincolo e rispetto delle linee guida e delle buone pratiche ma anche di un margine, seppur minimo, ma rumoroso e disturbante, di influenze esterne, personali e, soprattutto, probabilistiche. La diagnosi e la prognosi non si basano, infatti, sulla certezza, ma sulla probabilità: non vi è alcuna garanzia che la malattia di un individuo progredisca alla stessa velocità che ha nel corpo di altre persone. L'aspetto aleatorio tenta, in tal modo, di prevalere, dunque, su ogni possibile confine di certezza medica, mettendo in discussione la diagnosi nella sua definizione di dichiarazione di scienza.

Sul profilo della libertà di coscienza, notiamo come l'*EOLC Act* non contempli alcuna tutela per le persone che non siano registrate come operatori sanitari. Un assistente sanitario o un caregiver o un receptionist o un addetto alle pulizie, che si veda, ad esempio, costretto ad assistere una persona che abbia scelto l'opzione di fine vita, non avrebbe diritto alla tutela della libertà di coscienza.

L'*End of Life Choice Act* non presta, poi, alcuna attenzione nel definire la formazione e l'informazione dei medici e degli infermieri che interverranno nei processi di *assisted dying*. La formazione dovrebbe, infatti, coprire lo studio delle ragioni che spingono le persone a scegliere tale

<sup>65</sup> Ibidem.

<sup>66</sup> Howe E. 2009.

<sup>67</sup> Cfr. art. 5 dell'*EOLC Act*.

opzione di fine vita, le interazioni con gli organi principali coinvolti nel processo, le dinamiche relazionali tra il paziente e la famiglia, le competenze medico-giuridiche in materia di eutanasia, la raccolta di peculiari informazioni, soprattutto in materia di consenso informato<sup>68</sup>. Sarà, anche, necessaria una guida chiara, pratica ed esplicativa per aiutare i medici a determinare se una persona sia idonea o meno a ricorrere all'AD. In particolare, sarà opportuno adottare un metro di giudizio unitario per interpretare la portata dei criteri fondamentali di definizione delle seguenti espressioni e nozioni cardine della normativa: “malattia terminale che potrebbe porre fine alla vita della persona entro sei mesi”, “stato avanzato di declino irreversibile delle capacità fisiche” e “sofferenza insopportabile”. La formazione dovrebbe, poi, coprire utilmente, in modo da garantire una visione di ampio raggio, l'identificazione della coercizione, l'orientamento nelle valutazioni delle competenze e l'individuazione e il trattamento di sintomi curabili problematici<sup>69</sup>. Un'altra preoccupazione si traduce nel fatto che i praticanti medici possano evitare qualsiasi discussione per paura di ripercussioni. Queste sono sfide pratiche che evidenziano la complessità comunicativa tra il professionista sanitario e il paziente, soprattutto la difficoltà del primo di comprendere come, se e quando comunicare determinate informazioni al secondo. La guida all'implementazione deve essere chiara su cosa costituisca o meno una richiesta di informazioni sull'AD, per garantire che gli operatori sanitari si sentano sicuri di esercitare le loro funzioni entro i limiti della legge, in una nuova e difficile area di pratica.

Nessuno, tuttavia, dei due medici, secondo la legge, ha bisogno di formazione o esperienza nel campo dell'eutanasia: persino giovani dottori appena laureati potrebbero intervenire in tale iter, privi di qualsiasi conoscenza nel settore che possa guidarli con saggezza e maturità in un argomento così complesso e, allo stesso tempo, delicato. Come potrebbe questo garantire una piena e corretta applicazione della legge?

Tuttavia, uno dei punti di maggiore fragilità della legge neozelandese risiede nella totale assenza di riferimento alle cure palliative, un'incongruenza rafforzata dall'impegno opposto sostenuto dal Parlamento di finanziare i servizi di *assisted dying*, lasciando, così, le cure palliative prive di ogni sostegno economico. Si tratta di una allocazione delle risorse disomogenea, che spinge i soggetti interessati a scegliere la soluzione economicamente più vantaggiosa piuttosto che compiere una decisione matura e consapevole, oppure siamo di fronte all'impegno del legislatore di garantire la piena attuazione della legge, poiché se il finanziamento non coprisse il costo della fornitura dei servizi di AD, pochissimi pazienti opterebbero per tale opzione di fine vita? Come conciliare tale aiuto economico con la crescente domanda di servizi ospedalieri pubblici, all'interno di un sistema sanitario sempre più in difficoltà?

Occorre sottolineare, inoltre, come ulteriore elemento di fragilità dell'*EOLC Act*, che l'affidamento al principio di autonomia del paziente, quale elemento cardine nella sua scelta di porre fine alla propria vita, possa portare ad ignorare le incertezze e le vulnerabilità reali che influenzano le persone nelle loro decisioni. L'autonomia del paziente è un valore importante ma non deve essere considerato senza limiti o assoluto. Molte società democratiche hanno elaborato, infatti, una serie di leggi che, per proteggere e tutelare la comunità, limitano l'autonomia e la scelta individuale.

La paura del dolore futuro, l'incapacità o il desiderio di non diventare un peso per gli altri sono esempi di incertezze e preoccupazioni che potrebbero guidare la decisione di porre fine alla propria vita. I soggetti fragili, vulnerabili, soli, gli anziani potrebbero sentirsi ridotti ad un mero onere economico-sociale, un peso insostenibile per la famiglia, la cui unica prospettiva di salvezza sarebbe rappresentata dal percorso eutanasi, che più che una scelta ragionata e consapevole, diventerebbe una semplicistica soluzione di “non dare disturbo”, in nome di un maldestro senso del dovere.

L'*EOLC Act* è davvero in grado di dare voce solo a quelle richieste frutto di una riflessione intellettualmente matura e sincera oppure rischia di accontentare desideri di morte che celano sentimenti di paura di soffrire e di far soffrire? Si tratta di un interrogativo avanzato, anche, dalla *New*

<sup>68</sup> Young J. 2021.

<sup>69</sup> Ibidem.

## END OF LIFE CHOICE ACT 2019

*Zealand Medical Association*, che con timore guarda alle possibili derive negative e degenerative della legge in analisi. La *New Zealand Medical Association* sostiene, inoltre, che i medici debbano tenere sempre presente l'obbligo di preservare la vita ove possibile e giustificabile, consentendo al contempo la morte con dignità e conforto quando appare inevitabile. Tuttavia, ad avviso di tale associazione medica, consentire la morte si qualifica come un'azione fondamentalmente diversa da un atto deliberato che si propone, invece, quale intento primario, l'obbiettivo di porre fine alla vita, ritenendo, inoltre, che permettere alle persone di ricorrere all'*assisted dying* con il sostegno materiale di un medico, anche quando tale assistenza si limita alla valutazione, alla verifica o alla prescrizione, sia contrario ad ogni principio etico e dovere deontologico.

Come gestire, allora, il pericolo del *pendio scivoloso*? Potrebbe crescere in maniera esponenziale, rischiando di diventare da mera probabilità a confine di certezza o le garanzie procedurali previste dalla legge sono sufficienti ad affrontare tale problematica? Come essere certi che l'entrata in vigore della legge, seppure con le restrizioni prospettate in apertura, non dia l'abbrivio ad una serie di ulteriori decisioni, legislative o più probabilmente giurisdizionali, che nel nome dei principi di libertà ed uguaglianza, costituzionalmente sanciti, contribuiscono ad ampliare ulteriormente le maglie di accesso alla morte medicalmente assistita, consentendola anche verso i minori, come già accaduto in Olanda, o verso le persone con squilibri psichici non conclamati, o a pazienti con prognosi ben superiori a sei mesi, a fronte di una prospettiva di vita comunque limitata, o alle prese con sofferenze fisiche gestibili per mezzo dell'analgesia?

A questo si aggiungono le incongruenze generate dall'*End of Life Choice Act* a seguito della diffusione del COVID-19, data la mancata chiarezza che aveva alimentato dubbi su una eventuale estensione dell'applicazione della morte medicalmente assistita ai pazienti gravemente malati che avessero contratto il virus. Vi era, infatti, il timore che il COVID-19 potesse essere classificato come malattia terminale a seconda della prognosi del paziente e dei giudizi soggettivi del medico curante e del medico indipendente.

Alla luce di ciò, risulta essere di fondamentale importanza la costruzione di un bagaglio informativo che raccolga le esperienze di medici e pazienti, un'attività trasparente di monitoraggio che si proponga di valutare il funzionamento della legge e le eventuali lacune da correggere per guidare i miglioramenti nella pratica, in vista del prossimo riesame della legge.

### *Bibliografia*

Battistella G. 2021, *Le legislazioni sul fine vita: profili di politica legislativa e di comparazione*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 23(2), 197-232.

Beatty D. 2004, *The Ultimate Rule of Law*, New York, Oxford: University Press.

Bobek M. 2013, *Comparative Reasoning in European Supreme Courts*, Oxford: University Press.

Cardinale T. 2020, *I Maori contro l'eutanasia*, in *Documentazione.info*. Available at: <https://www.documentazione.info/i-maori-contro-leutanasia> (accessed: 26/1/23)

De Vergottini G. 2010, *Oltre il dialogo tra le corti: giudici, diritto straniero, comparazione*, Bologna: Il Mulino.

Di Martino A. 2015, *La Corte Suprema canadese fa un overruling e dichiara incostituzionale il reato di aiuto al suicidio*, in *Osservatorio Aic*, 1/2015.

Duxbury N. 2008, *The Nature and Authority of Precedent*, Cambridge: University Press.

Espiner, E. 2020, *Health politics and Māori equity: euthanasia, cannabis, and the abortion law reform*, in *New Zealand Medical Student Journal*, (30), 57-60.

Faedda B. 2001, *I Maori della Nuova Zelanda: la colonizzazione europea e il Trattato di Waitangi*, in *Diritto.it*.



Freckelton I. 2016, *Medically assisted suicide: Recent jurisprudence and the challenges for law reform*, in *J Law Med.* 2016 Jun;23(4):735-61.

Gaudino L. 2020, *End of Life Choice Act 2019: la Nuova Zelanda legifera su eutanasia e suicidio assistito*, in *Responsabilità medica*, 3/2020, Pacini Giuridica.

Geddis A, Gavaghan C. 2016, *Aid in dying in New Zealand: Recent legal developments*, in *J Law Med* 2016 Jun;23(4):849-63.

Geddis A. 2016, *Parliamentary Government in New Zealand: Lines of Continuity and Moments of Change*, *14 International Journal of Constitutional Law* 99, 101-102; 110

Geddis A. 2017, *The case for allowing aid in dying in New Zealand*, in *New Zealand Criminal Law Review*.

Gentili G. 2010, *Come colmare il divario tra Diritto e Società? In cerca di coerenza tra 'right to die', suicidio assistito ed eutanasia in Canada*, in E. Ceccherini, -T. Groppi (a cura di), Napoli: Biotica.

Gillett G. 2015, *Lecretia Seales and aid in dying in New Zealand*, *J Law Med.* 2015 Dec;23(2):308-15.

Grey L 2016, *The person who really loves me will be the one who helps me die: A critique of Seales v Attorney-General*, in *NZ Pub. In. Law JI*, 3,44.

Groppi T. 2007, *A user-friendly court: the influence of supreme Court Canada decisions since 1982 on Court decisions in other liberal democracies*, in *S. Ct. L. Rev.*

Groppi, T., Ponthoreau, M. 2013, *The Use of Foreign Precedents by Constitutional Judges*. London: Hart Publishing.

Havill J. 2015, *Physician-assisted dying*, *Policy Quarterly*, 11.3.

Hogg P. 2006, *Canada: From privy Council to Supreme Court* in J. Goldsworthy (a cura di), *Interpreting Constitutions*, New York, Oxford: University Press.

Howe E. 2009, *Ethical Aspects of Evaluating a Patient's Mental Capacity*, *Psychiatry (Edgmont)*, 6(7):15-23.

Jackson V. 2010, *Constitutional engagement in a transnational era*, Oxford: University Press.

Keenan R. 2016, *Health Care and the Law* (5th Edition), Wellington: Thomson Reuters.

Laig C. 2016, *Voluntary Euthanasia and the New Zealand Bill of Rights Act. A Critical analysis of the Seales v Attorney-General Decision*, Victoria, University of Wellington, 2016.

Macleod A. 2012, *Euthanasia and physician-assisted death*, in *NZ Med. J.*, 125: 127-131.

Mantovani F., *Aspetti giuridici della eutanasia*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2/1988, 455.

Mccann E. 2015, *Seales v. Attorney-General: the legality of administered or facilitated aid in dying*, in *Australian Health Law Bulletin*, 23(8), 142-146.

Meagher D. 2018, *End of Life Choice Act in New Zealand's Parliament And Courts*, Otago: University Press.

Newbold G. 2016, *Crime, Law and Justice in New Zealand*, New York: Taylor & Francis Ltd.

Nussbaum M. 2001, *Upheavals of Thought: the Intelligence of Emotions*, Cambridge: University Press.

Palmer G. 2016, *Law and Life* (Occasional Paper No 21), in *New Zealand Centre for Public Law*, Wellington.

Rodriquez S. 2017, *I "limiti" al diritto alla vita: la Corte canadese e il dialogo con Strasburgo*, in *Dirittifondamentali.it*, 2/2017, pp. 13-16.

Rolla G. 2008, *L'apporto della Corte Suprema alla determinazione dei caratteri dell'ordinamento costituzionale canadese*, Milano: Giuffrè.

Schaeur F. 1985, *Slippery Slopes*, in *Harv. L. Rev.*

Scragg R. 2018, *The Ethical Lawyer: Legal Ethics and Professional Responsibility*, Wellington: Thomson Reuters.

Siqueira-Batista, R., & Schramm, F. R. 2005, *Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia*, in *Cadernos de saúde pública*, 21, 111-119.

### END OF LIFE CHOICE ACT 2019

Slaughter A. 1994, *A Typology of Transjudicial Communication*, 29 *U. Rich. L. Rev.* 99.

Stefanelli E. 2015, *Suicidio assistito: la sentenza Carter v. Canada alla prova della trans-judicial communication*, in *Diritti Comparati*, 21 Settembre 2015.

Stevie S. Martin 2018, *A Human Rights Perspective of Assisted Suicide: Accounting for Disparate Jurisprudence*, in *Medical Law Review*, Volume 26, Issue 1, p. 98–116.

Tripodina C. 2004, *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*, Napoli: Jovene.

Tsai, Bruce CH; Menkes, David B. 2020, *New Zealand doctors and euthanasia-legal and practical considerations of the end of life choice act*, in *The New Zealand Medical Journal*, 133.1522: 149-160.

Volokh E. 2003, *The Mechanisms of the Slippery Slope*, in *Harv. L. Rev.*

Webb D., Dalziel K, Cook K. 2016, *Ethics, Professional Responsibility and the Lawyer*, Wellington: LexisNexis NZ.

Weir M. 2022, *Law and Ethics in Complementary Medicine A Handbook for Practitioners in Australia and New Zealand*, Wellington: Routledge.

Young J., Geddis, A. 2020, *Vox populi, vox Dei? Previewing New Zealand's public decision on assisted dying*, in *Journal of Law & Medicine*.

Young J., Winters J., Snelling J., White B., Gavaghan C., Geddis A., Egan R., 2021, *The End of Life Choice Act: a proposed implementation and research agenda*, in *NZMA Journal*, Vol 134 No 1544.