Intervento Francesca Piergentili

14 settembre 2024 Verona

"*Dignitas infinita*"

Con questo breve intervento vorrei evidenziare, in particolare, tre aspetti in tema di fine vita.

1. Il tentativo di far coincidere la dignità umana, intesa in senso esclusivamente soggettivo, e l'autodeterminazione.

Quando parliamo di cura, nello specifico nel fine vita, stiamo trattando una materia molto delicata, che tocca tanti interessi e diritti della persona di rilevanza anche costituzionale. I valori in gioco, alcuni anche in potenziale conflitto hanno una importanza indiscussa nel nostro ordinamento. Un ordinamento che si caratterizza, a partire dalla Carta costituzionale, per il suo personalismo e, cioè, il riconoscimento dell'antecedenza sostanziale dell'essere umano. L'intera Carta costituisce, come ha affermato il Prof. Ruggeri*, "un inno alla persona, ai suoi diritti fondamentali, alla sua dignità"*[1]. Durante i lavori dell'Assemblea costituente erano ancora impressi nella mente dei Padre e delle Madri costituenti i drammi della seconda guerra mondiale, i crimini dei totalitarismi a danno dell'essere umano**.**

Come risposta all'arbitrio e alla violenza al centro del sistema viene posto l'uomo, considerato nella concretezza della sua esistenza, fatta anche di relazioni significative.

L'art. 2 Cost., così, collega sin da subito, l'impegno della Repubblica a riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo e all'adempimento dei doveri inderogabili

[1] A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi.it* n. 17/2013, 28 agosto 2013, 3

di solidarietà politica, economica e sociale. *I diritti di libertà sono riconosciuti, cioè, dalla Costituzione in relazione alla tutela e allo sviluppo del valore della persona e tale valore fa riferimento non all'individuo isolato, ma a una persona titolare di diritti e doveri e, come tale, inserita in relazioni sociali* (così Corte cost. n. 141 del 2019[2]). Su queste basi poggia il nostro ordinamento.

Oggi assistiamo, non solo in Italia, al tentativo di sovvertire questi valori: è fortissima la spinta - a livello culturale, sociale, politico - per rendere la vita umana un bene disponibile in nome di una astratta libera scelta e di un concetto esclusivamente soggettivo di dignità umana: si vorrebbe, cioè, imporre, a partire dal livello fattuale, il riconoscimento di un diritto alla morte in capo alla persona che soffre nella malattia e nella fragilità (fisica o psicologica).

La dignità umana non sarebbe più propria di ogni uomo, al di là delle condizioni personali e sociali: la sua tutela sarebbe fondata sulla percezione del sofferente e sul possedere certe caratteristiche, funzioni e abilità.

Si assiste, così, al tentativo di far coincidere la dignità, intesa in senso esclusivamente soggettivo, con l'autodeterminazione personale.

Senza negare l'importanza dell'autodeterminazione nell'epoca contemporanea, è importante chiedersi se tale libertà, sia - alla pari di altri diritti della persona - limitata o sia il valore indiscusso e preminente sugli altri[3].

Ci si chiede, in altre parole, se l'autodeterminazione può "soggettivizzare" la dignità – come anche la salute – quasi che la dignità fosse una formula vuota, disponibile ad arbitrio soggettivo: è, pertanto, il singolo che decide ciò che è per lui dignitoso, in base alla sua percezione, o esiste una dimensione oggettiva della dignità?

---

[2] Cfr. F. PIERGENTILI, *Prostituzione: dignità umana e autodeterminazione nella sentenza n. 141/2019 della Corte Costituzionale,* www.centrostudilivatino.it , 24 giugno 2019.

[3] Sul punto sia consentito il riferimento a F. VARI, F. PIERGENTILI, *Sull'introduzione dell'eutanasia nell'ordinamento italiano*, *Dirittifondamentali.it*, 2/2019, 4 ss.

La giurisprudenza costituzionale, anche quella più recente, ha dato importantissimi principi in materia. In particolare, il riferimento è alla **sentenza. 141 del 2019** che ha riconosciuto il carattere oggettivo della dignità umana come limite alla autodeterminazione (in tema di prostituzione), e alle sentenze sul fine vita: la sentenza n. 242 del 2019, la sentenza n. 50 del 2022 e la recente sentenza n. 135 del 2024.

Nella **sentenza n. 242** (come anche nell'ordinanza n. 207 del 2018, che l'ha preceduta) si ricorda - non senza contraddizioni - che *"dall'art. 2 Cost. discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire… Neppure, poi, è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita: diritto che il rimettente ricava dagli artt. 2 e 13, primo comma, Cost."*

La **sentenza n. 50 del 2022** afferma che "*non può non essere ribadito il «cardinale rilievo del valore della vita», il quale, se non può tradursi in un dovere di vivere a tutti i costi, neppure consente una disciplina delle scelte di fine vita che, «in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale», ignori «le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite» (ordinanza n. 207 del 2018). Quando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima".*

Tale conclusione è confermata nella recente **sentenza n. 135 del 2024**: la Corte ha affermato che "*dal riconoscimento del diritto alla vita scaturisce il corrispondente dovere dell'ordinamento di assicurarne la tutela attraverso la legge (oltre che, più*

in generale, attraverso l'azione di tutti i pubblici poteri)"...ogni scelta di legalizzazione di pratiche di suicidio assistito o di eutanasia *"crea – al tempo stesso – rischi che l'ordinamento ha il dovere di evitare, in adempimento del dovere di tutela della vita umana che, esso pure, discende dall'art. 2 Cost*".

Viene, pertanto, riconosciuto **"***il dovere della Repubblica di assicurare a questi pazienti tutte le terapie appropriate, incluse quelle necessarie a eliminare o, almeno, a ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze determinate dalle patologie di cui sono affetti; e assieme il dovere di assicurare loro ogni sostegno di natura assistenziale, economica, sociale, psicologica."*

Per quanto riguarda la dignità umana, si afferma che "dal punto di vista dell'ordinamento, *ogni vita è portatrice di una inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolga*. Anche se la Corte "*non è affatto insensibile alla nozione "soggettiva*"" di dignità, tuttavia, riconosce che "*non può non rilevarsi che questa nozione di dignità finisce in effetti per coincidere con quella di autodeterminazione della persona..".*

Come ha già posto in luce Ruggeri, l'unica strada – di metodo e di teoria – obbligata da percorrere in tema di dignità umana "*è quella mediana,: per un verso, ammettendosi che possa (e debba) darsi una definizione oggettiva della dignità, e, per un altro verso, ricercando i modi per salvaguardare – fin dove possibile – l'autodeterminazione del soggetto, pur nella consapevolezza che talune sue pretese non possano essere appagate*"[4]. Questa via parte dal riconoscimento di un rapporto strutturale e necessario tra dignità e vita umana: entrambi valori fondamentali, che non possono che essere riconosciuti, in quanto caratterizzati dal tratto identificante della originarietà, rinvenendo in sé la loro giustificazione.

[4] A. RUGGERI, *Dignità versus vita?*, in *Rivista AIC*, 1/2011, 29 marzo 2011.

Un equivoco frequente in tema di malattia inguaribile e di fine vita è, allora, quello di confondere la qualità della vita e la dignità umana**,** facendo dipendere la seconda dalla prima o identificando i due concetti, mentre, invece, le due categorie sono distinte.

Anche nei riferimenti presenti in Costituzione alla dignità – si pensi all'art. 3, alla "pari dignità sociale" dei cittadini, all'art. 36 sull'esistenza "libera e dignitosa" del lavoratore e dei suoi familiari e all'art. 41, al limite della "dignità umana" all'iniziativa economica privata, – non si fa riferimento alla percezione del singolo ma a una dimensione oggettiva della dignità.

La vita nella malattia e nella sofferenza, in tutta la sua drammaticità e difficoltà, non è mai una vita priva di dignità. È, anzi, proprio la dignità umana a richiedere una protezione particolare alle condizioni di fragilità, non imponendo un astratto "dovere di vivere" al singolo, quanto piuttosto obblighi di cura globale della persona alla società e alle istituzioni.

Ci si chiede, però, se può essere una procedura che procura la morte rapida della persona sofferente tramite un farmaco-veleno l'azione rispettosa della dignità umana. L'eventuale risposta affermativa a tale quesito dovrebbero comportare dirette conseguenze: per ogni sofferenza umana insopportabile il suicidio dovrebbe essere consentito e medicalmente assistito.

A ben vedere, vita umana, integrità fisica e libertà personale sono intimamente connesse. È la stessa Corte costituzionale a riconoscere questa ineludibile connessione: già nella sentenza n. 238 del 1996 affermava, infatti, che la libertà personale è un diritto inviolabile "*rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita ed all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona*".

La scelta per la morte volontaria, nella realtà dei fatti, pone fine non solo alla vita, ma anche alla stessa libertà.

Per il dolore e per la sofferenza umana nella malattia, non esiste nel nostro ordinamento un diritto alla morte (rapida) ma esiste ed è riconosciuto il diritto a non soffrire, ricompreso nell'art. 32 Cost. e disciplinato dalla legge n. 38 del 2010, ma anche dalla legge n. 219 del 2017.

2. Solo la cura globale nella vulnerabilità garantisce la libertà e la dignità della persona.

La logica dell'accompagnamento della persona nel fine vita è l'unica via rispettosa della dignità umana. Tale logica dovrebbe portare a escludere ogni tentativo di "controllo" in merito alla morte della persona, rifiutando ogni azione di ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure ma anche le diverse forme di procurare la morte e di abbandono del paziente, soprattutto nella vulnerabilità.

Il presunto diritto alla morte non è mai un fatto privato: il suicidio assistito presuppone sempre l'intervento di altri, in particolare dei professionisti sanitari, per il suo concreto esercizio, determinando lo stravolgimento non solo dell'arte medica ma anche della solidarietà sociale, base stessa della civiltà.

La Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 come nella sentenza n. 135 indica una pre-condizione per qualsiasi scelta sul fine vita: offrire sempre al paziente concrete possibilità di accesso a un percorso di cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza. Il coinvolgimento reale in un percorso di cure palliative è il pre-requisito per ogni scelta sul fine vita. Questa è "*la priorità assoluta per le politiche della sanità"*.

In passato il CNB ha più volte affermato che compito primario per la medicina e la società è la lotta al dolore fisico e psichico, riconoscendo la terapia del dolore tra i diritti garantiti dall'art. 32 della Costituzione. Nel parere reso il 18 luglio del 2019

il CNB ha auspicato: "*che il SSN sia sempre in grado di offrire, realmente, senza diseguaglianze in termini di entità e qualità di servizi, su tutto il territorio nazionale, cure palliative e terapia del dolore, nei termini stabiliti dalla L. 38/2010, a ogni persona che ne abbia necessità. Dovrebbe essere questa una priorità assoluta per le politiche della sanità*".

Ogni sforzo in ambito politico sanitario dovrebbe essere rivolto oggi a questa priorità assoluta: rispondere ai bisogni di cura dei pazienti, dare finalmente piena attuazione alla legge n. 38 del 2010 e, pertanto, alla cura totale (fisica, psicologica, sociale e spirituale) nella fragilità e nella vulnerabilità, prevedendo interventi di sostegno sanitario e socio-assistenziale al paziente e al caregiver, puntando sulla formazione e sulla ricerca in tale ambito.

La cura nella sofferenza e nella malattia garantita dalla legge n. 38 ancora manca, anche nelle Regioni più virtuose. Spesso dietro alla richiesta di morte si cela una richiesta di cura rimasta negli anni non ascoltata e, pertanto, una cura mancata.

Dal punto di vista normativo le leggi ci sono, carente è, invece, l'applicazione: c'è la legge n. 38 del 2010; le cure palliative sono state, inoltre, inserite dal DPCM 12 gennaio 2017 nei livelli essenziali di assistenza; le recenti leggi 106/2021 e 197/2022, richiedono il potenziamento delle reti e di arrivare ad assicurare la copertura del 90% del fabbisogno nel 2028.

Secondo i dati OMS ogni anno nel nostro Paese avrebbero bisogno di cure palliative, nel solo ultimo periodo di vita, tra le 524mila e le 723mila persone. Ad oggi, purtroppo, le reti di cure palliative non sono uniformemente sviluppate e, in ogni caso, difettano del supporto sociale dovuto ai caregiver e al paziente stesso.

Per il rispetto della dignità umana e per garantire la libertà del paziente è necessario assicurare un accompagnamento reale e adeguato nella malattia inguaribile – non solo nella fase finale - sotto il profilo dei sintomi fisici ma anche psicologici ed esistenziali, prevedendo supporti concreti alla famiglia. La malattia non è, infatti,

solamente un evento clinico o fisico ma riguarda tutta la persona: di fronte al dolore e alla sofferenza insopportabile del paziente fragile e alla sua richiesta di aiuto la soluzione proposta non può essere una mera procedura che porta in pochi giorni alla morte rapida. Anche la legge n. 219 del 2017 sul consenso informato e le DAT, nonostante le sue criticità, non consente alcuna pratica di suicidio assistito e di eutanasia, riconoscendo un'unica modalità di accompagnamento nel fine vita (art. 2, comma 2).

3. Le contraddizioni e i paradossi della cultura dello scarto.

Il diritto alla salute, collocato tra i rapporti etico-sociali, in una cornice liberale-solidaristica, verrebbe sganciato dalla sua natura solidaristico-relazionale e dal principio di beneficialità, a favore di una logica esclusivamente autodeterministica: proprio l'art. 32 Cost. giustificherebbe pratiche che privano della salute e della vita in tempi brevi, attraverso un farmaco, di cui non si conosce il meccanismo d'azione e non è provata scientificamente l'assenza di sofferenza per il soggetto (che veniva, tra l'altro, utilizzato per l'esecuzione dei condannati a morte)[5].

Anche il Gruppo Tecnico Multidisciplinare, nominato dall'Azienda Sanitaria Unica della Regione Marche, per rispondere al quesito posto dal Tribunale di Ancona con ord. del 9 giugno 2021[6], sulla idoneità del farmaco - se la modalità, la metodica e il farmaco Tiopentone Sodico, nella quantità di 20 grammi, siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile – ha riconosciuto idoneo il farmaco per la morte rapida (riconoscendo che esso deprime la funzionalità respiratoria e cardiaca in 30-40 secondi) ma ha

[5] Cfr. ORKABY A, DESAI SP. *The Death of Sodium Pentothal: The Rise and Fall of an Anesthetic Turned Lethal*. J Hist Med Allied Sci. 2021 Sep 6; COLLERAN M, DOHERTY AM. *Examining assisted suicide and euthanasia through the lens of healthcare quality*. *Ir J Med Sci*. 2024 Feb;193(1):353-362.

[6] Il testo è reperibile sul sito https://www.biodiritto.org/

affermato di non potere esprimersi sulla dignità del morire: una definizione oggettivamente valida del concetto di "morte più dignitosa possibile", si legge nella Relazione, non sarebbe possibile a causa della scarsa casistica nella letteratura scientifica internazionale, della mancanza di una consolidata esperienza clinica e di una normativa nazionale.

Quasi tutti i disegni di legge all'esame del Senato estendono ampiamente l'area di non punibilità individuata dalla Corte costituzionale, introducendo anche l'eutanasia nell'ordinamento italiano "offerta" dal SSN, con l'affermazione di un diritto alla morte non presente nel nostro ordinamento che presuppone, invece, la vita come oggetto di un diritto fondamentale.

La mancata applicazione della legge n. 38 del 2010 dovrebbe far riflettere sulle contraddizioni di una cultura dello scarto che vorrebbe veder sancito il diritto alla morte senza aver prima assicurato l'effettività del diritto alla cura a chi è nella fragilità, in nome di un astratta autodeterminazione che dimentica la solitudine e la sofferenza del paziente fragile, ma anche i doveri costituzionali di solidarietà e di tutela della vita umana.

Oggi, si tenta di eliminare il tema della morte e della ricerca del senso dalla cultura e dal dibattito generale, ma allo stesso tempo si vorrebbe "controllare" la vita e il suo momento finale, nel tentativo di limitare o eliminare la sofferenza. Tali atteggiamenti rappresentano due facce di una stessa medaglia: la rivendicazione dell'indipendenza e della facoltà di disporre della propria vita.

Il luogo della morte un tempo era la casa, con la famiglia vicina al paziente: oggi, invece, la degenza della malattia e la fase terminale si vive, per lo più, nell'ambiente ospedaliero. Questa sorta di "istituzionalizzazione" del fine vita ha dirette conseguenze sulla percezione della morte, che perde la dimensione sociale e familiare: anche la morte rischia di divenire un problema tecnico da risolvere, gestita da tecnici, con procedure tecniche.

Di fronte al diffondersi di una cultura dell'individualismo e dell'indifferenza, che esalta il mito dell'efficienza, è fondamentale ripartire dal mettere al centro la dignità di ogni essere umano e dei suoi bisogni, soprattutto quando la malattia e la fragilità tende a fare sentire la persona sola e abbandonata, avvertendosi come un peso per gli altri. La prima cura nella malattia è, allora, la vicinanza e l'accompagnamento: il prendersi cura dell'altro a partire dalle relazioni. Tale manifestazione di vicinanza dovrebbe permeare ogni gesto di cura: ogni azione dovrebbe comunicare il riconoscimento del valore, inestimabile, dell'altro.

"*Tu sei importante perché sei tu*". A chi si sente un peso per gli altri a causa della fragilità o della malattia, sarebbe da ricordare il valore inestimabile della sua vita, offrendo vicinanza, una prospettiva di senso e compassione, ma anche rendendo effettivi - non più solo a parole - la garanzia di cure globali precoci e il sostegno al caregiver, respingendo in ambito culturale, sociale e politico, qualsiasi prospettiva eutanasica e ogni logica di abbandono.