

Network associativo "Ditelo sui tetti"
e Centro Studi Rosario Livatino

L'EUTANASIA NON È LA SOLUZIONE

50 domande e risposte sul fine vita,
per aver sempre cura della vita

CANTAGALLI | **TEMPI**

L'EUTANASIA NON È LA SOLUZIONE

50 domande e risposte sul fine vita,
per aver sempre cura della vita

a cura di

Network associativo "Ditelo sui tetti"
Centro Studi Rosario Livatino

hanno contribuito

Domenico Airoma, Rodolfo Casadei, Maurizio Gallo,
Domenico Menorello, Marco Paglialunga,
Marcello Ricciuti, Maurizio Sacconi

TEMPI



© Contrattempi Società Cooperativa – Milano

Cura redazionale: Tempi

Grafica di copertina: Matteo Cenni

Stampato da Edizioni Cantagalli nel novembre 2023

ISBN: 979-12-5962-473-4

Dignità nel morire

Quando si parla di dignità nel morire, al centro di tutto c'è quel "nel", che descrive un percorso dalle caratteristiche sempre diverse, irripetibili come irripetibile è ciascun essere umano. E proprio per questo difficile, se non impossibile, da ingabbiare nelle maglie di norme fatte per essere generali ed astratte.

Questo opuscolo tratta proprio del rapporto fra la dignità dell'uomo e la sua morte, e prova a dare delle risposte. Lo fa ponendo domande, anche le più semplici e banali, cercando e proponendo risposte altrettanto semplici, anche se ciascuna di esse si nutre di ben maggiori profondità.

Un'impresa assai ardua in un tempo come quello che stiamo vivendo, dominato dal politicamente corretto del conformismo delle risposte.

Ed allora, proviamo a offrirne qualcuna, tanto per cominciare, su questioni, per così dire, fondanti; proviamo a fissare il chiodo al quale appendere il quadro che questo tentativo cerca di comporre.

Il fine vita ha a che fare col diritto.

Qual è allora la funzione del diritto?

Il diritto educa fundamentalmente al senso del limite, una funzione necessaria per la vita comune degli uomini. E gli uomini con il diritto, nel continuo ricercare il perimetro del reciproco limite da rispettare, devono previamente riconoscere via via il "bene", o meglio il "bene comune" da perseguire.

E qual è il limite per eccellenza, e dunque al tempo stesso il "bene" per eccellenza?

La dignità dell'uomo.

In cosa consiste?

Nell'appartenenza alla specie umana: la dignità dell'uomo sta nell'essere uomo. Non ci siamo fatti da soli, non ci possiamo disfare da soli.

La salvaguardia della dignità dell'uomo, per essere piena, non può non avere connotazioni necessariamente rigide e non può dipendere dalle situazioni; anzi, la tutela della dignità si fa ancor più stringente proprio quando le circostanze della vita annebbiano l'umano fino quasi a nascondere, quando ci disorientano rendendoci deboli. Vi sono situazioni in cui è difficile essere riconosciuti uomini anche da noi stessi, ed è proprio in quei momenti che il diritto interviene, talora anche contro la nostra stessa volontà, per impedire che rinunciamo alla nostra dignità.

È semplice tutelare la dignità quando si è dinanzi ad un uomo nel pieno possesso delle sue forze, libero e vivo; non è altrettanto semplice quando si danno condizioni che sfigurano a tal punto l'uomo da rendere difficile percepirne la dignità. Ed è in quel momento che il diritto (insieme ad altre risorse) deve fare la sua parte tutelando il debole, talora anche da sé stesso.

Nessuno dubiterebbe che a nessuno è consentito rinunciare alla propria libertà per consegnarsi alla condizione di schiavo, anche se si trattasse di una scelta libera e consapevole; giacché nessuno dubiterebbe che in tal modo si rinunciarebbe alla dignità di uomo.

Questo è il paradigma che ha retto il nostro sistema, anche penale; ed è un paradigma riconosciuto dalla stessa Corte costituzionale, quando nelle sue sentenze afferma la necessità di apprestare una *cintura protettiva* nei confronti di chi, per le condizioni di salute, fisica o psichica, si trovi a essere esposto ad assumere decisioni che non sarebbero veramente libere e consapevoli.

Questo paradigma oggi è entrato in crisi. Crisi propria del "cambio d'epoca" in cui ci troviamo.

In modo surrettizio, subdolo, fascinoso e ripetitivo: come già per altre materie, si strumentalizzano casi pietosi e se ne fa il cavallo di Troia per cambiare il fondamento della dignità. Essa non coincide più con la natura stessa dell'uomo, bensì con la sua capacità di autodeterminarsi. E sempre più il diritto e le leggi da custodi del limite divengono l'opposto: amplificatori di un uomo che non accetta limiti, che tutto pretende di misurare e possedere.

Anche grazie a un inedito proselitismo giuridico, l'autodeterminazione è diventata l'*ubi consistam* della dignità, apparentemente elevandola, ma in realtà facendone materia disponibile, merce: in definitiva, un enorme e mortifero inganno.

Questo cambio di paradigma, infatti, conduce inevitabilmente alla individuazione di sotto-categorie di uomini, di "*untermenschen*", come li definivano i nazisti: tali per nascita oppure per condizioni sopravvenute.

Sono uomini senza dignità perché hanno perso delle qualità. La dignità diventa materia oggettivamente manipolabile, non più indisponibile, ma anzi quantificabile anche economicamente.

Il diritto non è più limite, ma strumento per la selezione fra chi può essere ritenuto degno e chi invece no.

L'esito, del tutto coerente, è che un diritto a suicidarsi genera aspettative sociali conseguenti: se hai "completato" la tua vita, non farti da parte diventa manifestazione di egoismo!

Il diritto non è più l'anticamera del concreto esercizio della solidarietà, ma la cornice entro cui si decidono le sorti degli *unfit*, degli inadatti, decidendo di volta in volta quale debba essere il loro migliore interesse.

Ed il giudice diventa il supremo arbitro.

Si passa dal cosiddetto paternalismo medico al paternalismo giudiziario.

E il medico?

Già con la legge sulle Dat (Dichiarazioni anticipate di trattamento) il rapporto medico-paziente è profondamente cambiato.

Il medico diventa una parte di un rapporto contrattuale, la parte debole, tenuta ad eseguire le disposizioni del paziente; una parte vista con sospetto: o guarisce oppure deve astenersi. La cura come tale scompare.

Il medico è, dunque, in questo frangente storico, chiamato a un compito enorme: quello di restituire la carnalità della concretezza a un dibattito che assume sempre di più i caratteri dell'ideologia, dell'astrattezza impietosa di un disumano neo-individualismo.

Ed in questo il medico e il giurista si ritrovano ad essere necessariamente alleati, impegnati nella battaglia per la vera dignità di ogni persona.

Infine, non si può trattare di queste cose senza chiamare in causa la visione antropologica, di cui il diritto non può fare a meno. Per sua natura la "legge" indica sempre un "bene". Ogni normativa ha scelto e al tempo stesso incoraggia un certo sguardo sull'umano, una precisa concezione antropologica.

Spesso i sostenitori dell'indisponibilità del bene-vita sono accusati di insensibilità, quasi di essere dei masochisti (verso sé stessi) e dei sadici (verso gli altri) rispetto al dolore.

Non si tratta affatto di ricercare e di glorificare il dolore, quasi da maniaci della sofferenza.

Non si tratta però neppure di essere algofobici, cioè di essere terrorizzati dal dolore.

Si tratta di prendere atto che il dolore e la sofferenza fanno parte della nostra vita e sono spesso delle luci di emergenza, che ci ricordano la nostra condizione di finitezza e il bisogno di sostegno del e al prossimo, inestirpabile manifestazione di una inesausta tensione a cercare il Vero e persino la salvezza in altro da sé ("Altro" che forse può ben scriversi con la maiuscola).

L'antropologia sottostante la promozione dell'eutanasia appare così chiaramente. È quella dell'uomo padrone di sé stesso, autonomo ed autosufficiente: un uomo che si fa Dio di sé stesso (ed inevitabilmente dell'altro); questa è la grande illusione della modernità, che ha generato disperazione.

L'uomo che la modernità ha preteso di forgiare è un uomo malato, perché non vero: oggi ne vediamo chiaramente l'esito. Al di là del nitore delle pareti della clinica dove viene suicidato, il buio, l'abbandono e la solitudine sono la nota dominante.

«Nessun uomo è luce a sé stesso!», avvertiva Rosario Livatino. La risposta ai drammi del fine vita è nelle cure palliative, dove l'uomo è accompagnato per alleviargli il dolore; accompagnato *nel* morire e non *a* morire; e in quel percorso spesso incontra il senso di un'intera esistenza e si prepara alle cose ultime. La risposta è assistere il più fragile sempre, tutte le 24 ore del giorno, custodendone le relazioni lì dove vive e valorizzando, anche attraverso il diritto, chi si curva su di lui, per riconoscere tutto il valore di un uomo che rimane pienamente tale, soprattutto nella tensione del limite.

Un diritto che protegge questo percorso, dunque, non fa solo opera di giustizia, ma in qualche modo anche di misericordia. Ognuno è chiamato a giudicare se ritenga più umano e ragionevole ricevere per sé e i propri cari, anche dalle istituzioni pubbliche, cura o abbandono.

Domenico Airoma
Domenico Menorello

50 domande
per non abbandonare i più deboli

Il suicidio assistito nelle Regioni italiane

1) È vero che nelle Regioni italiane vengono presentate proposte di legge per introdurre il suicidio assistito?

È assolutamente vero. Anziché curare il dolore dei malati e sostenere soprattutto i più fragili, si sta imboccando la scorciatoia del loro abbandono, aiutandoli a morire.

L'Associazione Luca Coscioni sta presentando in tutti i Consigli regionali una proposta di legge di iniziativa popolare, con leggere variazioni del testo a seconda della Regione, per introdurre il suicidio medicalmente assistito. Cioè per consentire agli ospedali pubblici di dare ogni assistenza sanitaria e i farmaci perché persone malate possano suicidarsi.

2) In quali Regioni sta avvenendo questo?

Per ora, la campagna di raccolta firme si è conclusa con il deposito della proposta di legge in Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Veneto. Oltre a queste, anche Sardegna e Marche hanno depositato la stessa proposta, ma tramite l'iniziativa di alcuni consiglieri regionali. In Basilicata la proposta di legge è dovuta all'iniziativa di alcuni Comuni. Più recentemente, la raccolta firme è iniziata anche in altre Regioni.

3) Come viene motivata l'iniziativa?

Coi tipici slogan dei promotori della legalizzazione dell'eutanasia: "liberi sino alla fine" o anche "liberi subito". Si rivendica la libertà di disporre della propria vita anche per infliggersi la morte. Ma, in realtà, si vuole che le istituzioni dello Stato siano

a servizio di qualsiasi desiderio del singolo, compreso quello di togliersi la vita.

4) C'è differenza fra decidere di togliersi la vita e farlo con l'appoggio e il sostegno dello Stato?

Sono due cose totalmente diverse. Un conto è esercitare il proprio libero arbitrio riguardo alla propria vita, tutt'altra cosa pretendere che siano le istituzioni a far finire un'esistenza, anziché averne cura. Nel secondo caso, si introduce un vero e proprio "diritto", cui necessariamente segue un "dovere": quello delle strutture sanitarie (e del personale medico e paramedico) di somministrare la morte su richiesta.

5) La "proposta Cappato" prende lo spunto da pronunzie della Corte costituzionale?

Sì, ma strumentalmente. I promotori fanno riferimento, fra altre cose, alla sentenza 22 novembre 2019, n. 242, della Corte costituzionale, ma il testo che vorrebbero far approvare si allontana molto dello spirito e dai contenuti di questa sentenza, che non sono certo per favorire l'abbandono dei più vulnerabili.

6) È la prima volta che in Italia vengono avanzate proposte legislative eutanasiche?

No. Nell'ottobre 2022 sono stati presentati in Parlamento due testi, non calendarizzati, che vanno in tale direzione: alla Camera il progetto di legge (pdl) proposto dai deputati Sportiello, Conte, Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi del Movimento 5 Stelle; al Senato il disegno di legge (ddl) presentato dai senatori Bazoli, Mirabelli, Rossomando, Verini, Astorre, Enrico Borghi, Cottarelli, Fina, Rojc e Zampa del Partito Democratico. Il primo prevede sia l'eutanasia che il suicidio assistito per

condizioni patologiche che non siano di natura psichiatrica, il secondo prevede il solo suicidio assistito per sofferenze «fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili». Il ddl avente come primo firmatario il senatore Bazoli ricalca il testo unico Bazoli che era stato approvato dalla sola Camera nel marzo 2022 con 253 voti favorevoli e 117 contrari. L'Associazione Luca Coscioni cerca ora di aggirare il Parlamento, facendo pressione sui Consigli regionali.

7) Cosa prevede, sinteticamente, questa proposta di legge popolare presentata in sede regionale?

Basandoci sul testo del progetto di legge di iniziativa popolare depositato presso il Consiglio regionale del Veneto (quelli delle altre Regioni sono quasi identici), si può rispondere che la “proposta Cappato” dispone che, di fronte a una volontà di suicidio, negli ospedali pubblici si presti al richiedente una «assistenza sanitaria, consistente in prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati» (art. 1), descritta come l’obbligo gratuito di fornire «ogni supporto e assistenza, inclusi farmaco, macchinario e assistenza medica, per la preparazione all’autosomministrazione, alla persona malata che ne faccia richiesta, previo completamento della fase delle relazioni mediche, affinché possa procedere con l’autosomministrazione del farmaco autorizzato in struttura ospedaliera, hospice o presso il proprio domicilio se richiesto» (art. 2, comma 5). All’art. 4, comma 2, questo aiuto a morire viene addirittura definito come un «diritto individuale e inviolabile», che «non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto previsto dalla presente legge».

8) In una sanità come quella italiana spesso caratterizzata da lunghe liste di attesa, quali sarebbero le tempistiche previste per il suicidio assistito?

In questo caso si pretenderebbe la massima efficienza: la “proposta Cappato” prevede che il Servizio sanitario regionale sia pronto a sostenere il suicidio «entro il termine complessivo di venti giorni dal ricevimento della richiesta stessa» (art. 3, comma 1), anche se, poi, la concreta «erogazione del trattamento [...] può essere rinviata a seconda della volontà e della richiesta della persona malata» (art. 3, comma 6).

9) Ma chi valuterebbe nel merito dentro alle aziende sanitarie?

Si prevede, all’art. 2, che tutte le aziende sanitarie istituiscano «una Commissione medica multidisciplinare permanente dedicata ad effettuare le verifiche previste» (art. 2, comma 2; art. 3, comma 2). Tale Commissione medica multidisciplinare permanente (Cmmp) deve verificare «metodica e farmaco che siano idonei a garantir(e) [al richiedente, ndr] la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile e ogni altra soluzione in concreto praticabile». Tale relazione viene «invia[ta] al Comitato etico per la pratica clinica», che «emette un parere nei successivi cinque giorni» (art. 3, comma 4).

Poi, l’ospedale darà ogni assistenza medica e i farmaci letali. Il tutto gratuitamente.

*La “legge”:
un fattore molto sottovalutato*

10) Cosa c'è di sbagliato nell'eutanasia e nel suicidio assistito? Ognuno è padrone della sua vita e può decidere se vivere o morire. O no?

Parlare di “libertà” della persona è cosa ben diversa dal decidere quale ruolo devono avere le istituzioni. Chiariamoci: è fuori di dubbio che la realtà del suicidio appartenga alla drammaticità dell'esercizio della libertà personale, secondo dinamiche esistenziali che sconfinano nel mistero dell'essere umano, di fronte alle quali nulla si può, tranne che inginocchiarsi, mossi dalla pietà e da una riaccesa speranza che invece un Significato possa essere incontrato. Nessuno mette in discussione l'esercizio del libero arbitrio, ovvero, detto in parole povere, il poter “fare quel che si vuole”. Ciò che pretendono la “legge Cappato” e varie altre iniziative simili è qualcosa di molto diverso: si vuole che la morte sia avallata, deliberata e comminata dallo Stato.

11) Se il centro del problema non sono le scelte individuali, ma quale sia lo scopo delle istituzioni sanitarie, questo che cosa implica?

Implica che bisogna decidere se la sanità pubblica deve sostenere la vita o agevolare la morte. È un bivio a cui non si può sfuggire, e che si presenta ogni volta che si approva una legge o che si costituisce un servizio pubblico.

12) La legge non dovrebbe servire solo per consentire o meno di fare qualcosa?

Non è così. Il diritto ha origine nella necessità di considerare il limite, specie nella convivenza civile. E gli uomini, ricercando continuamente il perimetro del limite nell'azione reciproca, devono necessariamente condividere prima un "bene" rispetto al quale limitare o consentire qualche cosa. Lo spiegava secoli fa Tommaso d'Aquino: una legge, una norma «non [è] che una prescrizione della ragione, in ordine al bene comune, promulgata dal soggetto alla guida della comunità». Una decisione normativa, dunque, "sceglie" sempre qualcosa ritenuto un "bene per tutti" e indirizza sempre l'intera comunità civile verso quello stesso ritenuto "valore". Ce lo indica, con molta immediatezza, anche il linguaggio, che utilizza l'aggettivo "legale" come sinonimo di "buono", di "positivo".

Dunque, la legge non è solo "lasciar fare". C'è sempre anche un altro effetto, che è quello di dire a tutta la società: guardate che questa possibilità è buona. È un bene.

13) Consentire qualcosa per legge equivale a creare le condizioni perché quella cosa sia considerata buona?

Sì. L'esempio più macroscopico è, forse, la legge 194/78 che autorizza l'interruzione della gravidanza. Se leggiamo il testo, gli scopi sono piuttosto la "tutela della maternità" e la "salute della donna". Eppure, aver consentito per legge l'interruzione della gravidanza, nel tempo ha creato un vasto sentire sociale che percepisce l'aborto come un "diritto".

14) Quel che vale per le leggi, vale anche per le istituzioni?

Sì. Allo stesso modo di una legge, se una istituzione pubblica va in una certa direzione, condiziona verso quella medesima direzione l'intera comunità civile. Se non consideriamo questa straordinaria forza di indirizzare la cultura e il popolo della

legge e delle istituzioni, non capiamo la posta in gioco, che è antropologica. Cioè: è in gioco la concezione stessa sull'uomo.

15) Applicato al Servizio sanitario nazionale, che cosa implica questo principio dell'idea di bene sottesa all'azione delle istituzioni?

Se il Servizio sanitario affermasse che di fronte a una invalidità è un bene procurarsi la morte, direbbe ad alta voce che la vita fragile non ha senso. Che va abbandonata. Che va scartata. Per aiutarci a intuire la possibile forza di una legge nella coscienza di una persona, proviamo a immaginarci una scena: un invalido in carrozzina viene accompagnato fuori dalla sua casa; chi lo assiste gli fa imboccare una via, poi un'altra, ancora un incrocio, per arrivare, infine, nella piazza della sua città. Lì trova tutti i suoi concittadini radunati, che gli fanno largo fino a farlo giungere al centro della stessa. Il sindaco invita la piazza al silenzio e ad alta voce fa un breve bilancio delle spese sostenute per quel loro compaesano per, poi, mettere ai voti se il malato debba ancora essere curato e assistito. A quel punto, l'assemblea vota "no", assicurando, però, che lo avrebbe supportato per andarsene, del tutto. Immedesimiamoci in quel disabile: quale tristezza abissale lo assalirebbe? Cosa sarebbe indotto a giudicare di sé? Non penserebbe di essere un peso per tutti? Ecco, una legge, un servizio pubblico che proponessero un sostegno al suicidio è come se portassero un sentimento corale della comunità di abbandono verso un malato.

16) Chi propone leggi per l'eutanasia o il suicidio assistito è consapevole di questo potente effetto culturale?

Certamente sì. Nell'azione dei militanti del Partito Radicale in tutti questi anni si riconosce proprio questo orizzonte strategico. Da decenni, cioè, i radicali conducono battaglie per introdurre presunti "diritti", esattamente con l'arma della pretesa

legalizzazione ora di un aspetto, ora di un altro. Per prendere un esempio recente, attraverso una proposta referendaria (poi bocciata dalla Corte costituzionale) nel 2022 avevano proposto l'ennesima legalizzazione delle droghe "leggere", benché in Italia il consumo personale sia da tempo già consentito. Perché allora? Che senso aveva insistere sulla battaglia della legalizzazione? Lo scopo era affermare – per il tramite della legalizzazione stessa – che drogarsi sarebbe un bene. Allora, è necessario prestare più attenzione a quale sia la matrice antropologica che genera una certa norma, così da comprendere verso quale direzione la stessa ci vuole spingere. Come potrebbe, cioè, condizionare la concezione di noi stessi e della realtà che ci circonda.

17) Perché tanta fatica a cogliere questo aspetto della "legge"?

Perché non abbiamo ancora preso pienamente coscienza del "cambio d'epoca", insistentemente evocato da papa Francesco. Siamo stati abituati per decenni a vivere in un contesto sociale in cui alcuni "beni", alcuni "valori", come, fra tutti, l'intangibilità della vita, venivano dati per scontati. E così oggi non ci rendiamo ancora pienamente conto della particolare fragilità culturale propria di un momento, come l'attuale, in cui invece non esiste più un insieme valoriale condiviso. Valga come esempio un dialogo fra personalità di diversa estrazione culturale e sensibilità politica come Carlo Casini (fondatore del Movimento per la Vita) e Massimo D'Alema (segretario del Partito Democratico) ospitato nel gennaio 1995 sulle pagine di *Famiglia Cristiana* e dell'*Unità*, nel quale, sul tema dell'eutanasia, persino l'esponente politicamente più esposto del fronte cosiddetto "progressista" si proclamava contrario «*all'arresto deliberato di una vita*», così implicitamente affermando il valore intangibile della vita sempre, anche in circostanze di

malattia e di prossimità alla fine dell'esistenza. Ma se, come è evidente negli ultimi anni, il "cambio d'epoca" ha travolto queste certezze, di conseguenza la società italiana è molto più passiva rispetto a iniziative a forte impatto culturale che veicolino matrici antropologiche del tutto diverse.

18) Il "cambio d'epoca" interagisce con le leggi? Non è solo un tema culturale o al più sociale?

Per oltre sessant'anni, il Parlamento è intervenuto pressoché solo su materie amministrative, fiscali, economiche, del welfare, eccetera, quasi mai invadendo lo statuto delle convinzioni esistenziali più profonde. Per tanto tempo, cioè, la legislazione non ha posto, di norma, in discussione gli ideali socialmente condivisi, soprattutto l'assolutezza del valore della vita in qualsiasi condizione essa si trovasse. Perciò non emergeva la questione di come la "legge" o il diritto condizionassero la concezione antropologica, perché, almeno apparentemente, rimanevano sempre al centro della produzione normativa le stesse scelte valoriali di fondo operate dalla Costituzione.

Invece, soprattutto nell'ultimo decennio, specie dal 2015 in poi, c'è stato un impressionante incalzare di leggi o proposte di legge che hanno spaziato dalla contestazione della natura del legame matrimoniale al superamento dell'unicità del modello familiare, dalla negazione dell'oggettività del genere alla disponibilità del fine vita. Leggi e proposte di legge che emergono da una visione antropologica diversa da quella di matrice costituzionale e che nella fragilità valoriale del "cambio d'epoca" ottengono una significativa incidenza sulle convinzioni sociali. Queste nuove leggi fanno avanzare, e molto, una visione antropologica che coincide con un esasperato individualismo.

19) Anche la Costituzione italiana promuove la visione individualista dell'essere umano?

No. La Costituzione sceglie una diversa prospettiva antropologica: la vita è sempre inviolabile, come recitano l'articolo 2 e tanta giurisprudenza della Corte costituzionale. Nella nostra Carta fondamentale la persona ha sempre un valore assoluto e viene rappresentata ontologicamente come relazione: l'uomo, leggiamo all'art. 2, si sviluppa «nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità» e verso le quali è responsabile. Non è certo l'individualismo la matrice antropologica scelta dai padri costituenti.

Ora, tali riferimenti assiologici non sono più universalmente condivisi. Sono cadute tutte le certezze valoriali, e – anche sospinto da nuove leggi – si sta affermando un modello antropologico assai diverso, quello, come si diceva, di un nuovo individualismo, in cui la persona è concepita senza relazioni, senza responsabilità e “a dignità variabile”, giacché il suo valore non è sempre riconosciuto in sé, ma dipende dalla sua capacità di autodeterminazione, di possedere il suo reale, di avere, in altri termini, successo.

Di fronte a ogni scelta legislativa e spesso di fronte anche a tante sentenze, occorre sempre chiedersi a quale “bene” e a quale idea di uomo facciano riferimento. Infatti, quanto più evaporeranno ideali condivisi nella società, tanto più sarà grande e potente la forza delle leggi e delle istituzioni improntate alla visione individualista di condizionare i nostri convincimenti più profondi sulla vita, sull'uomo, sugli affetti, sulla realtà.

Dunque, dietro alla narrazione politicamente corretta dei “nuovi diritti” si nasconde l'imposizione per via legislativa di un modello iperindividualista, dove il valore della persona viene riconosciuto solo per chi ha successo e per chi si “autodetermina”. Creando così le condizioni affinché i malati si convincano di essere inutili e preferiscano “togliere il disturbo”...

20) Dunque, le leggi approvate o in cerca di approvazione dell'ultimo decennio contraddicono la visione antropologica che è alla base della Costituzione?

Se il valore della persona viene indicato per legge solo nella sua capacità di autodeterminazione e di autonomia, la vita non è considerata sempre come un bene da proteggere, in qualunque condizione si trovi, come vuole la Costituzione. In particolare, se per malattia o fragilità l'autodeterminazione si affievolisce o non c'è più, allora si ritiene che la vita non sia più degna di essere vissuta. Non avrebbe più valore e quindi meriterebbe di essere abbandonata.

In estrema sintesi, il nucleo di una norma può essere affermare il valore sempre assoluto della persona o, invece, giudicare come disvalore una vita non pienamente autodeterminata, non "di successo". Capito questo, si comprenderà anche verso quale direzione una certa norma condiziona una società senza più riferimenti assiologici condivisi.

21) Per quanto riguarda l'approccio ai temi dell'eutanasia e del suicidio assistito, quando è iniziato il cambiamento di paradigma?

A parte le possibili riflessioni sulla 194/78, il cambio di direzione inizia a partire dal caso Eluana Englaro, cioè dalla sentenza del 16 ottobre 2007 della Corte di Cassazione, che ha stabilito che la autodeterminazione (in quel caso presunta) del paziente dovesse essere il criterio prevalente rispetto a quello della vita come bene sempre intangibile, modificando con ciò tutte le pronunce precedenti e lo spirito delle leggi, che allora affermavano l'impegno delle istituzioni e del Servizio sanitario nazionale al servizio della vita senza aggettivi. Quella sentenza ha gettato le basi per la legge n. 219/2017 sulle Dat, le Dichiarazioni anticipate di trattamento (anch'essa approvata sull'onda di un caso mediatizzato, quello del dj Fabo, persona tetraple-

gica che ricorse al suicidio assistito in Svizzera), dove avviene la formale distinzione fra “vita” e “vita dignitosa”, e si afferma la preminenza della seconda sulla prima come *bene* che la legge, le istituzioni e il Servizio sanitario nazionale devono proteggere.

22) Cosa c'è dunque di sbagliato nell'eutanasia e nel suicidio medicalmente assistito posti a carico del Servizio sanitario nazionale?

Eutanasia e suicidio medicalmente assistito portano un messaggio inequivocabile a un malato o a una persona fragile: «Tu non puoi più autodeterminarti e quindi la tua vita non vale più». Cicely Saunders, fondatrice degli hospice, la pensava così: «Se uno parlasse della necessità di introdurre per legge l'eutanasia soprattutto toglierebbe la terra sotto i piedi a un gran numero di persone vulnerabili, che molto facilmente penserebbero: “Ho il diritto di abbreviare la mia vita, e dunque ora ho il dovere di farlo, perché sono un peso per altri, e la mia vita come parte della società è ormai priva di valore”».

Ben diversi sono il messaggio e il giudizio cui si perviene, se si pensa che la vita in ogni circostanza, ancor più se attraversa un momento di fragilità, porta una domanda di significato che mai si spegne. Questo riconoscimento è alla base di ogni possibile convivenza sociale, di ogni assistenza, di ogni cura e di ogni morale. Se la vita tende sempre a qualcosa oltre sé, allora essa non è disponibile e nessuno ha diritto di porre fine alla propria o all'altrui vita, perché nessuno è padrone della vita. Questa è anche la prospettiva ribadita dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale che molto chiaramente afferma che «dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 Cedu [la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, ndr] – 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».

23) Ma l'uomo non ha diritto a morire con dignità?

Certo! Ma che cos'è la dignità? L'idea di dignità propagandata dai fautori dell'eutanasia e del suicidio assistito coincide – come si diceva – con l'efficienza fisica, l'indipendenza, l'assenza di dolore, ecc. Questo discende dall'aver assunto il dogma antropologico dell'autodeterminazione, dell'uomo misura di tutte le cose. Se, invece, si concepisce l'uomo come “mendicante di senso”, come ci dice il filosofo Dario Antiseri, la vera dignità è intrinseca all'essere umano in quanto umano: non dipende dalle condizioni o dalle circostanze in cui si trova. Altrimenti si arriverebbe a individuare dei criteri la cui presenza renderebbe automaticamente la vita non degna di essere vissuta, e di conseguenza la pressione sociale e la legge finirebbero per stabilire chi può vivere e chi deve morire. I più deboli verrebbero condizionati a sentirsi inutili e privi di dignità, e a togliersi di mezzo.

24) Perché non dovrei disporre liberamente del mio corpo? Del mio corpo posso fare quello che voglio.

Se si prende coscienza che la vita di ognuno è “data”, è dono, l'integrità fisica appare come un bene indisponibile sia da parte del singolo che della società. Diversamente, se si ritiene che conti solo il possesso sulla realtà, l'autodeterminazione assoluta, allora si arriva a una reificazione dell'essere umano: l'arbitrio sul proprio corpo implica che il soggetto umano sia trattato come una cosa e non come una persona. Il divieto di agire sul proprio corpo non riguarda solo l'eutanasia. La legge italiana, come quella di molti altri paesi, prevede l'indisponibilità del proprio corpo e del corpo altrui sotto molti aspetti: non posso mettere in vendita un rene o un'altra parte vitale,

non posso affittare il mio utero per una gestazione di figli di altri, non posso dare ad altri sostanze psicotrope (droghe) che danneggiano la salute fisica e/o psichica e allontanano dalla realtà, non posso sfruttare la prostituzione, non posso decidere di diventare schiavo di qualcuno, ecc.

25) Che ne è allora del diritto all'autodeterminazione dell'individuo?

L'autodeterminazione è un valore, ma non può essere assolutizzato, perché nessun uomo è un'isola: viviamo in società, nasciamo e cresciamo in una famiglia, abbiamo diritti ma anche doveri nei confronti degli altri e di noi stessi. Ciò che determiniamo con le nostre decisioni ha riflessi sulla società, sulla nostra comunità, sulla famiglia di appartenenza e sui nostri cari.

26) La Chiesa cattolica acconsente alla pratica dell'eutanasia/suicidio assistito?

No. La Chiesa cattolica condanna eutanasia e suicidio assistito come crimini contro la vita. L'enciclica *Evangelium vitae* afferma: «L'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale» (n. 65). E a proposito del suicidio assistito: «Condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto suicidio assistito significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta» (n. 66).

27) Il cattolico può dichiarare la propria contrarietà a eutanasia e suicidio assistito, ma praticare l'una e l'altro se è un operatore sanitario, in nome del dovere di obbedire alla legge?

No. Come afferma la *Evangelium vitae*, «l'aborto e l'eutanasia sono crimini che nessuna legge umana può pretendere di legittimare. Leggi di questo tipo non solo non creano nessun obbligo per la coscienza, ma sollevano piuttosto un grave e preciso obbligo di opporsi ad esse mediante obiezione di coscienza [...]. Nel caso quindi di una legge intrinsecamente ingiusta, come è quella che ammette l'aborto o l'eutanasia, non è mai lecito conformarsi ad essa, “né partecipare ad una campagna di opinione in favore di una legge siffatta, né dare ad essa il suffragio del proprio voto”» (n. 73).

28) Il cattolico, quindi, è tenuto all'accanimento terapeutico, cioè a fare tutto ciò che è materialmente possibile per prolungare la vita di un malato?

No, affatto! La Chiesa respinge l'accanimento terapeutico così come l'eutanasia. Come ha ricordato recentemente la lettera della Congregazione per la Dottrina della Fede *Samaritanus bonus*, l'accanimento terapeutico, che il Magistero rifiuta, consiste nel «ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva in taluni casi un reale beneficio». E dunque nell'imminenza di una morte inevitabile «è lecito prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita», ma senza interrompere le cure normali, specie per il dolore, dovute all'ammalato. La rinuncia a mezzi straordinari e sproporzionati esprime pertanto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte e la volontà di accompagnare la persona in questa suprema circostanza.

29) Papa Francesco ha manifestato aperture nei confronti dell'eutanasia e del suicidio assistito?

Al contrario, papa Francesco ha fin dall'inizio considerato l'eutanasia parte di quella «cultura dello scarto» che caratterizza tanta parte della mentalità contemporanea. Per esempio, ricevendo in udienza l'Associazione italiana oncologia medica il 21 luglio 2022 ha dichiarato: «La pratica dell'eutanasia, divenuta legale già in diversi stati, solo apparentemente si propone di incentivare la libertà personale; in realtà essa si basa su una visione utilitaristica della persona, la quale diventa inutile o può essere equiparata a un costo, se dal punto di vista medico non ha speranza di miglioramento o non può evitare il dolore».

30) È vero che in un gran numero di paesi del mondo l'eutanasia o il suicidio assistito sono legali? Quali tendenze si manifestano in tali paesi dopo la legalizzazione?

No, l'eutanasia attiva e il suicidio assistito sono stati fino ad oggi (novembre 2023) legalizzati con provvedimenti di legge o con sentenze di magistrati in un numero ristretto di paesi, che comprende Austria, Belgio, Canada, Italia (ordinanza e sentenza della Corte costituzionale), Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svizzera (solo suicidio assistito) e, fuori dall'Europa, quasi tutti gli stati dell'Australia, Colombia (sentenza), Nuova Zelanda e una decina di stati degli Stati Uniti (nella forma del suicidio assistito). Tutte le statistiche demografiche, fra cui quelle recentemente analizzate dai professori Asher Colombo e Gianpiero Dalla Zuanna nel loro saggio «La demografia del fine-vita» apparso su *Rassegna Italiana di Sociologia* del 15 luglio 2023, dimostrano che nei paesi in cui è intervenuta una legalizzazione, i numeri dell'eutanasia e del suicidio assistito sono cresciuti sensibilmente nel tempo,

perché – a dimostrazione di quel che si diceva in precedenti risposte – ha molto inciso sui comportamenti quel giudizio di disvalore sui più fragili che la legge ha portato.

31) È vero che l'eutanasia e il suicidio assistito almeno riducono il numero dei suicidi solitari nei paesi in cui sono stati legalizzati?

Assolutamente no. I suicidi per così dire naturali rimangono invariati. Gli studi finora condotti attestano che i suicidi assistiti vanno a sommarsi ai suicidi non assistiti, anziché sostituirli. Come hanno scritto Asher Colombo e Gianpiero Dalla Zuanna, «l'introduzione dell'Eas [Euthanasia and Assisted Suicide, ndr] ha stimolato una crescita del totale dei suicidi assistiti e non assistiti». La conclusione si basa su indagini statistiche effettuate in Belgio, Olanda, Svizzera e Stati Uniti.

32) La sedazione palliativa profonda continua, per malati afflitti da gravi sofferenze, ha a che fare con eutanasia e suicidio assistito?

Di per sé assolutamente no. La sedazione palliativa profonda, citata anche nell'articolo 2 della legge 219/2017, consiste nella somministrazione di farmaci che inducono la sedazione del paziente in dosaggi tali da portare all'annullamento della coscienza allo scopo di alleviare sofferenze intollerabili per l'individuo. La differenza con l'eutanasia è ben chiara: si tratta di un trattamento sanitario reversibile! Anzi: la sedazione profonda può essere praticata anche per brevi periodi, per la notte, ad esempio, o per far arrivare al meglio il malato a un evento cui tiene molto, ecc.

33) Con la sentenza n. 242 del 22 novembre 2019 la Corte costituzionale ha intimato al Parlamento di legiferare sulla materia dell'eutanasia attiva/suicidio assistito. Il Parlamento è obbligato a esaudire in un certo modo le richieste della Corte costituzionale?

No. Il Parlamento gode di discrezionalità sia nei tempi che nei modi dell'azione legislativa, che non può essere condizionata da nessun giudice, fermo restando che tale azione dovrà ispirarsi genericamente ai contenuti delle ordinanze e delle sentenze della Corte. Non ci sono termini cronologici fissati da leggi o dalla Costituzione, né sanzioni nel caso in cui le Camere omettessero di legiferare. Chi, dunque, decidesse di compiere atti eutanasi o aiutare il suicidio di malati mentre perdura il vuoto legislativo, verrebbe incriminato e si dovrebbe accertare se la sua azione è veramente rimasta dentro al perimetro indicato dalla sentenza della Corte costituzionale.

34) Eppure, si sente spesso affermare che il Parlamento sarebbe ormai obbligato a introdurre il suicidio assistito...

Questo non può essere possibile, per il semplice fatto che nel nostro ordinamento la decisione se fare o non fare e come fare una legge è ancora una competenza esclusiva di chi è eletto dal popolo per legiferare. Comunque, è la stessa Corte costituzionale a precisare che la sentenza n. 242/2019 potrà essere riscontrata dal legislatore anche «mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata [quella che punisce in ogni caso l'aiuto al suicidio, ndr]».

Le cure palliative e non solo

35) Come si può rispondere a questa “cultura della morte” senza essere accusati di moralismo, indifferenza al dolore, astrazione intellettuale, ecc.?

La risposta, concreta e caritatevole, si chiama “cure palliative”. Che vanno abbinate a una ristrutturazione del welfare che permetta di sostenere i più fragili 24 ore su 24, valorizzando la solidarietà familiare e amicale quando qualcuno si ammala o diventa invalido. Lo hanno recentemente ribadito i vescovi del Triveneto in una nota pastorale dal titolo “Suicidio assistito o malati assistiti?": curare si può sempre, anche quando non si può guarire. E questo significa – proseguono i vescovi – partire dalla *vulnerabilità* come condizione normale della vita. Emerge qui la concezione dell'umano alternativa a quella del “divo”, a quella del successo come metro di misura della vita: la persona ha sempre un valore assoluto perché nella fragilità la sua domanda e la sua sete di significato divengono cristalline e questo infinito valore è concretamente il motore e la ragione di una cura a ogni istante di vita. Lo aveva già detto, con parole la cui verità è sperimentata da credenti e non credenti, papa Francesco nel suo messaggio per la XXVIII Giornata mondiale del malato, l'11 febbraio 2020: «In realtà una società merita la qualifica di “civile” se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il valore intangibile della vita umana; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza. Quando la malattia bussava alla porta della nostra vita affiora sempre più in noi il bisogno di avere accanto qualcuno che ci guardi negli occhi, che ci tenga la mano, che manifesti la sua tenerezza e si prenda cura di noi, come il Buon Samaritano della parabola evangelica».

36) Quale visione antropologica è alla base delle cure palliative? Dove la si trova descritta?

La si trova ben descritta nelle parole di papa Francesco, che nell'enciclica *Laudato si'* indica Francesco d'Assisi come «l'esempio per eccellenza della cura per ciò che è debole [...] vissuta con gioia e autenticità» (*Laudato si'*, par. 10), e che altrove spiega: «L'esempio del Buon Samaritano insegna che è necessario convertire lo sguardo del cuore, perché molte volte chi guarda non vede. Perché? Perché manca la compassione. Mi viene in mente che, tante volte, il Vangelo, parlando di Gesù davanti a una persona che soffre, dice: “Ne ebbe compassione”, “ne ebbe compassione” [...]. Un ritornello della persona di Gesù. Senza la compassione, chi guarda non rimane implicato in ciò che osserva e passa oltre; invece, chi ha il cuore compassionevole viene toccato e coinvolto, si ferma e se ne prende cura. Attorno al malato occorre creare una vera e propria piattaforma umana di relazioni che, mentre favoriscono la cura medica, aprano alla speranza, specialmente in quelle situazioni-limite in cui il male fisico si accompagna allo sconforto emotivo e all'angoscia spirituale. L'approccio relazionale – e non meramente clinico – con il malato, considerato nella unicità e integralità della sua persona, impone il dovere di non abbandonare mai nessuno in presenza di mali inguaribili. La vita umana, a motivo della sua destinazione eterna, conserva tutto il suo valore e tutta la sua dignità in qualsiasi condizione, anche di precarietà e fragilità, e come tale è sempre degna della massima considerazione. A tale riguardo penso a quanto bene fanno gli hospice per le cure palliative, dove i malati terminali vengono accompagnati con un qualificato sostegno medico, psicologico e spirituale, perché possano vivere con dignità, confortati dalla vicinanza delle persone care, la fase finale della loro vita terrena. Auspico che tali centri continuino ad essere luoghi nei quali si pratici con impegno la “terapia della dignità”, alimentando così l'amore e il rispetto per la

vita» (discorso all'Assemblea plenaria della Congregazione per la Dottrina della Fede, 30 gennaio 2020).

Il magistero di Francesco torna insistentemente su questa specifica dimensione delle relazioni: «L'angoscia della condizione che ci porta sulla soglia del limite umano supremo, e le scelte difficili che occorre assumere ci espongono alla tentazione di sottrarci alla relazione, [...] occorre tenere in assoluta evidenza il comandamento supremo della prossimità responsabile, come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr Luca 10,25-37). Si potrebbe dire che l'imperativo categorico è quello di non abbandonare mai il malato, [...] questo è il luogo in cui ci vengono chiesti amore e vicinanza, più di ogni altra cosa, riconoscendo il limite che tutti ci accomuna e proprio lì rendendoci solidali» (messaggio al presidente della Pontificia Accademia per la Vita, 16 novembre 2017).

Le cure palliative sono allora la concreta alternativa per non distogliere lo sguardo dalla vita fragile. Sono la postura di una concezione dell'umano per cui, al contrario della prospettiva individualista e nichilista, ogni istante della vita, specie se segnato dalla debolezza, è segno di un grido di significato, cioè di una Promessa e di una Speranza misteriose, che riconoscono alla vita un valore sempre assoluto.

37) In cosa consistono in concreto le cure palliative?

Le cure palliative sono cure rivolte alle persone affette da una malattia inguaribile, alle quali, durante tutto il percorso di malattia, possono essere garantite la terapia del dolore e di tutti gli altri sintomi che la malattia comporta, il sostegno e la cura psicologica e spirituale, il supporto sociale, con la finalità di assicurare la migliore qualità della vita possibile.

38) Dove possono essere erogate?

Le cure palliative si erogano soprattutto a casa delle persone malate, nel loro ambiente e con la loro famiglia. Quando questo non è possibile, le persone vengono assistite preferibilmente negli hospice, che sono luoghi di cura organizzati per assicurare un ambiente familiare e confortevole e, nello stesso tempo, un'assistenza professionale qualificata continua. Ma le cure palliative possono essere dispensate anche negli ospedali, nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e nelle case di riposo.

39) Chi eroga le cure palliative?

Le cure palliative vengono assicurate da équipes di professionisti preparati e dedicati: medici palliativisti, infermieri, operatori socio-sanitari (Oss), psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali e anche volontari, tutti adeguatamente formati, in collaborazione con medici di medicina generale e specialisti già coinvolti nel percorso di cura.

40) C'è una legge che regola le cure palliative?

Sì, in Italia la legge 38 del 2010 sancisce il diritto di ogni cittadino a ricevere cure palliative e il dovere del Sistema sanitario nazionale di organizzare le Reti di cure palliative, regionali e locali. Le cure palliative sono state inserite, nel 2017, nei Lea (livelli essenziali di assistenza del Servizio sanitario nazionale fissati dallo Stato). Più recentemente, un emendamento alla legge 38, fortemente sostenuto dal network "Ditelo sui tetti", ha fissato l'obbligo per le Regioni di raggiungere entro il 2028 il soddisfacimento del 90% del fabbisogno di cure palliative della popolazione italiana. E dalla prossima legge di bilancio 2024, finalmente lo Stato, su richiesta delle stesse associazioni, inizierà a incrementare le risorse per la cura del dolore.

41) Questa legge è rispettata e applicata?

Solo in parte. Dai dati disponibili appare che, nonostante un certo sviluppo degli hospice e delle Unità di cure palliative domiciliari nei 13 anni trascorsi dall'approvazione della legge, c'è ancora una situazione a macchia di leopardo tra le Regioni italiane e all'interno delle stesse Regioni. A 13 anni dall'approvazione della legge siamo ad appena una media nazionale del 36% del fabbisogno, con gravissime differenze territoriali. Per questo, sempre su proposta del network associativo "Ditelo sui tetti", è stato costituito un osservatorio presso Agenas (l'agenzia mista Governo/Regioni per i servizi sanitari) che sta supportando gli adempimenti regione per regione, ospedale per ospedale. Un lavoro destinato a dare grandi frutti.

42) Le cure palliative entrano nel dibattito sul tema del fine vita?

Certamente sì, anzitutto perché esprimono una cultura alternativa a quella "dello scarto". Inoltre, oggettivamente esse assicurano le cure più appropriate, in particolare quando l'evoluzione di una malattia inguaribile porta la persona che ne soffre nella fase propriamente finale: evitano ogni forma di accanimento terapeutico, rispettano i desideri del malato, valorizzano la relazione di cura in una forma di alleanza terapeutica che permette di garantire la dignità del vivere ultimo e del morire. L'esperienza di chi lavora nelle cure palliative dimostra che queste buone cure, competenti e compassionevoli (come le chiamava Cicely Saunders, la fondatrice del movimento delle cure palliative) soddisfano i veri bisogni delle persone che soffrono e delle loro famiglie, al punto che le richieste di suicidio assistito o di eutanasia, in questi contesti di cura, sono praticamente assenti.

Anche una recente ricerca, citata nell'articolo dei professori Dalla Zuanna e Colombo a cui più sopra si faceva riferimento,

dimostra che dove intervengono le cure palliative la domanda di morte scende. D'altronde, gli operatori sanitari sovente raccontano che questa domanda è, in realtà, una domanda di aiuto, di compagnia, di cura del dolore.

È commovente sentir raccontare dai palliativisti come il tratto terminale della vita sia spesso davvero speciale. La persona è di fronte al suo destino e in questo particolarissimo frangente sono tante le testimonianze che raccontano, ad esempio, di rapporti personali lacerati che si ricompongono; così come sono molte le testimonianze di figli, del coniuge, degli affetti più cari, degli amici che riconoscono come quel tratto finale sia intensissimo, spesso divenendo un momento di purezza unica negli affetti e nella compagnia reciproca. Amputare questa parte della vita comporta il perdere qualcosa di grande valore.

43) Le cure palliative possono lenire anche la sofferenza psichica?

Sì, e non solo perché psicologi e psichiatri sono normalmente coinvolti: in realtà tutti gli interventi che riguardano il malato sono in grado di alleviare il dolore psichico quando sono centrati sul rapporto con lui, quando lo fanno sentire parte di una relazione significativa per tutti coloro che vi prendono parte. In questo senso, nella accezione rientrano anche tutti gli interventi di amici e familiari che sostengono in modo privilegiato la persona in questo specialissimo tratto di vita.

44) Le cure palliative domestiche non rischiano di imporre pesi troppo gravosi sulle famiglie? Non andrebbero supportate con un maggiore coinvolgimento delle istituzioni?

Senz'altro. La tentazione nei malati di rinunciare a vivere può derivare proprio dalle straordinarie difficoltà pratiche che possono piegare anche una famiglia amorevole e volenterosa. Queste persone possono desiderare la morte soprattutto per le

insostenibili fatiche dei loro familiari, alle quali vogliono porre fine. Oggi, nemmeno le Regioni con i servizi socio-sanitari più evoluti sono in grado di garantire una assistenza continua a tutte le famiglie che ospitano amorevolmente una persona totalmente non autosufficiente. In queste situazioni facilmente risulta insufficiente l'impegno dei familiari e non sempre risulta possibile sostenere gli altissimi costi o reperire il personale idoneo per una assistenza professionale in casa. Eppure, il valore economico e sociale della soluzione domiciliare è molto elevato e tale da giustificare il sostegno pubblico anche se oneroso. La risposta ai sostenitori dell'aiuto alla morte facile deve consistere quindi nell'aiuto alla vita difficile, integrando la buona volontà sussidiaria delle famiglie con attività di assistenza e cura h24 del servizio socio-sanitario territoriale e sostenendo la funzione dei familiari impegnati nell'assistenza con la formazione, con la tutela previdenziale (attraverso contributi figurativi) in assenza di lavoro, con il diritto a modulare il tempo di lavoro, con prestazioni monetarie attraverso la trasformazione (selettiva per reddito) e la devoluzione alle Regioni dell'assegno di accompagnamento. In attesa di questa misura, le Regioni hanno tuttavia il dovere di utilizzare le loro risorse e quelle che possono raccogliere mediante l'addizionale Irpef per assistere prioritariamente le persone in uno stato di grave fragilità negli hospice, quando si tratta di accompagnare una complessa conclusione del ciclo di vita o a domicilio quando la famiglia è disponibile, specie in presenza di una fortissima cronicizzazione della malattia che può durare a lungo nel tempo, o in apposite residenze attrezzate ad accogliere appropriatamente pazienti non solo anziani.

Legge Cappato e sentenza costituzionale

45) Tutto vero. Ma in fin dei conti la “proposta Cappato” e quel che sta accadendo nelle Regioni non è la mera trasposizione della sentenza della Corte costituzionale?

Purtroppo, no. I paletti della Corte stanno sempre più “saltando”, facendo avanzare una cultura della morte, che potrebbe presto arrivare ad investire gli stessi malati depressi, come accade in Olanda e in altri paesi in cui l'eutanasia e il suicidio assistito sono stati legalizzati.

In particolare, si stanno strumentalmente allargando i confini dei “trattamenti di sostegno vitale”. Tradendo lo spirito e la lettera della sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, si diffonde la tendenza a identificarli con qualsiasi attività medica o persino assistenziale, essendo arrivati a comprendere dei massaggi o l'aiuto a mangiare o a lavarsi. Ad esempio, in Veneto vengono qualificati come tali ordinari farmaci antitumorali, assunti da milioni di malati oncologici. In Friuli-Venezia Giulia, per portare la morte sarebbe addirittura sufficiente che una persona debole riceva assistenza. Lo sfondamento dei parametri della citata sentenza costituzionale n. 242/2019 è palese, giacché la Consulta, per derogare al Codice penale, ha precisato di riferirsi a «trattamenti di sostegno vitale» «quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali». Cioè, si sono assunte «situazioni inimmaginabili all'epoca» dell'entrata in vigore del Codice penale (1930), quali quelle degli esempi dei sostegni vitali riportati, ovvero si è considerato il «cosiddetto uso compassionevole di medicinali» relativi a casi «di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche». Pertanto, se un ospedale pubblico – come sta capitando e come ancor più capiterebbe se passasse la “legge Cappato” che incoraggia le stesse ambi-

guità – collaborasse al suicidio di un malato che, invece, viene ancora curato con ordinari (e frequentissimi) percorsi terapeutici o che ha solo bisogno di assistenza per vivere, i canoni della Consulta risulterebbero chiaramente elusi.

46) Ci sono altri criteri fissati dalla sentenza della Corte costituzionale che in particolare la “proposta Cappato” non rispetta?

Assolutamente sì. La proposta di legge Cappato intende rendere obbligatoria una prestazione sanitaria «alle persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti stabiliti dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale», sul punto citando: «a) il proposito di suicidio deve essersi autonomamente e liberamente formato; b) la persona deve essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, c) deve essere affetta da una patologia irreversibile, d) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma e) pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

Quindi, tale proposta dimentica totalmente quel che la Corte ha addirittura definito come un “prerequisito”: quelle cure palliative, che, come abbiamo detto, sono la vera alternativa di accoglienza all’abbandono del malato. Recita, infatti, la sentenza 242/2019: «Deve essere sottolineata l’esigenza di adottare opportune cautele affinché l’opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...] in accordo con l’impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010». Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, «un pre-requisito della scelta, in seguito, di

qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente»; addirittura in un altro passaggio le cure palliative sono indicate come «una priorità assoluta per le politiche della sanità». Questa “dimenticanza” è molto grave perché stravolge il senso stesso della pronuncia della Corte e svela la cultura di morte che si vorrebbe sostenere con questa iniziativa.

47) Non c'è dubbio: senza cure palliative siamo in campo diverso dall'applicazione della sentenza della Corte. Per il resto, è rispettata?

Ci sono altre questioni di fondo che allontanano, e di molto, la proposta di legge Cappato dalla sentenza n. 242/2019 della Consulta. Essa introdurrebbe un esplicito e diretto “obbligo” da parte dei Servizi sanitari regionali di somministrare prestazioni sanitarie per la morte. Siamo lontanissimi da ciò che aveva ben specificato la Corte, la quale, invece, ha indubbiamente chiarito che, al contrario, «la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici». Se così non fosse, la stessa sentenza 242/2019 della Corte si sarebbe dovuta occupare del «tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario». Ma, avendo escluso la possibilità di configurare un «obbligo di procedere all'assistenza al suicidio in capo ai medici», «resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato». Invece, a fronte dell'(illegittima) introduzione di un obbligo di tal fatta, si dovrebbe almeno prevedere anche il diritto del medico all'obiezione di coscienza, pena la palese violazione dell'art. 19 della Costituzione.

Inoltre, la “proposta Cappato” pretende che il Servizio sanitario regionale sia pronto ad assicurare la prestazione sanitaria di morte «entro il termine complessivo di venti giorni dal rice-

vimento della richiesta stessa» (art. 3, comma 1), ma la concreta «erogazione del trattamento [...] può essere rinviata a seconda della volontà e della richiesta della persona malata che in ogni momento può decidere di posticipare, sospendere o annullare la prestazione» (art. 3, comma 6). In altri termini, si chiede all'autorità sanitaria una sorta di "via libera preventiva" al suicidio assistito, che potrà poi essere deciso o meno dall'interessato.

Ma un sostegno alla volontà suicidaria lontano nel tempo dall'accertamento dei requisiti perché non sia reato, nonché l'espunzione delle cure palliative dal novero delle condizioni da verificare significano la disapplicazione dei canoni imposti dalla stessa sentenza della Consulta. L'aiuto al suicidio può, infatti, non essere reato se e solo se la persona interessata sia stata, nel momento storico in cui si svolge l'azione, coinvolta in cure palliative e in quello stesso momento persistano gli altri quattro requisiti indicati dalla Corte nella sentenza n. 242/2019. Se, invece, la decisione suicidaria e il sostegno medico alla stessa avvenissero lontano dal tempo in cui sono stati verificati i requisiti, ebbene in quel momento successivo la persona, senza cure palliative, potrebbe non essere più adeguatamente libera oppure potrebbe non determinarsi più "autonomamente e liberamente" o potrebbe non essere più tenuta in vita con trattamenti vitali o potrebbe non essere più in grado di prendere decisioni libere.

Dunque, il testo della "legge Cappato", disgiungendo l'assistenza al suicidio dalla contestuale verifica dei relativi requisiti, elude i canoni voluti dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale.

La (in)competenza delle Regioni

48) La sanità è una delle competenze delle Regioni. Esse hanno quindi il potere di legiferare su eutanasia e suicidio assistito al posto dello Stato?

No. Le Regioni non hanno affatto il potere di legiferare in materia di eutanasia/suicidio assistito, perché l'organizzazione della sanità è sì una competenza regionale, ma i Lea, livelli essenziali di assistenza, che i cittadini hanno il diritto di ottenere dal Sistema sanitario nazionale, sono fissati da un decreto della presidenza del Consiglio dei ministri, sulla base delle decisioni di una Commissione nazionale che è un organo del ministero della Salute.

Invece, la “proposta Cappato” vuole sostanzialmente introdurre direttamente in ciascuna sede regionale un nuovo Lea. Tuttavia, la giurisprudenza della Corte costituzionale è granitica nell'affermare che, soprattutto in campo sanitario, vi è «la competenza statale esclusiva in materia di “livelli essenziali delle prestazioni” (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.)», perché solo «il legislatore nazionale deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle» (cfr sentenze Corte costituzionale n. 282/2002, n. 353/2003, n. 338/2003, n. 134/2006, n. 115/2012, n. 231/2017, n. 72/2020, n. 91/2020). Le Regioni, dunque, non hanno competenza.

49) Ma se il legislatore nazionale non intervenisse, non dovrebbe poterlo fare quello regionale?

All'art. 1, comma 2, della “legge Cappato” c'è un richiamo al cosiddetto principio di “cedevolezza” della competenza stata-

le in caso di inerzia del legislatore centrale, il che significa che, nelle more di un intervento nazionale, potrebbe intervenire il legislatore regionale. Ma l'ambito di applicazione di una siffatta eventuale "clausola di cedevolezza" attiene alle materie di competenza esclusiva regionale e a quelle di competenza concorrente, «senza però che la previsione della clausola consenta alle Regioni di intervenire in ordine a profili che attengano alla competenza esclusiva del legislatore statale» (Corte costituzionale, sentenza n. 1/2019). La fissazione e la descrizione di prestazioni sanitarie definite come Lea sono competenze di esclusiva pertinenza dello Stato, cosicché in nessun caso può ammettersi una sovrapposizione in materia di fissazione di una nuova prestazione sanitaria da parte del legislatore di una Regione italiana. Si creerebbe una "babele" sanitaria – in questo caso persino con conseguenze incidenti sull'ordinamento civile e penale, oltre che sulla vita stessa – che non è mai stata tollerata dalla giurisprudenza costituzionale italiana.

50) Chi coprirebbe i costi delle prestazioni previste dalla "legge Cappato"?

La "proposta Cappato" prevede, all'art. 4, la «gratuità delle prestazioni», disponendo che «le prestazioni quali la verifica e l'assistenza ai trattamenti previsti dalla presente legge [siano] assicurate gratuitamente, nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale erogato in favore di coloro che ne abbiano fatto richiesta». Tuttavia, all'art. 5, rubricato come "Clausola di invarianza finanziaria", si afferma che «la presente proposta di legge non comporta variazione in aumento o in diminuzione a carico del bilancio regionale perché ai relativi costi si provvede nell'ambito della dotazione per le prestazioni e servizi garantiti con fondo sanitario regionale».

Il combinato disposto è un esempio di contraddizione in termini: se una disposizione di legge regionale prevede che una (pe-

raltro complessa) prestazione sanitaria e farmacologica debba essere gratuita, questa grava necessariamente sul bilancio dell'ente onerato di eseguirla, ma se i relativi costi non sono stimati e adeguatamente coperti, si è di fronte a una evidente mancata copertura finanziaria di una legge regionale. Se, poi, tale costo venisse – seppur indistintamente (il che è comunque vietato) – fatto gravare sui fondi consueti per la sanità o per la spesa farmaceutica, ciò si tradurrebbe necessariamente in una riduzione delle altre prestazioni sanitarie essenziali ovvero in una violazione del regime di prestazione dei farmaci, anch'esso di esclusiva competenza statale.

In materia, vige il noto precetto di cui all'art. 81, terzo comma, della Costituzione che impone che «ogni legge che importi nuovi o maggiori oneri provved[a] ai mezzi per farvi fronte». E la Corte costituzionale ha sempre ritenuto che l'articolo 81 della Costituzione sia direttamente applicabile non solo allo Stato, ma anche alle Regioni (cfr sentenze n. 359/2007 e successivamente n. 227/2019).

Inoltre, un'altra pronuncia della Consulta del 19 maggio 2022, n. 124 ha persino specificato che «la previsione, da parte di una legge regionale, della clausola di neutralità finanziaria», come si legge nella “proposta Cappato”, «non esclude ex se la violazione del parametro costituzionale evocato. Il legislatore regionale è tenuto, ai sensi dell'art. 17 della legge n. 196 del 2009, a redigere una relazione tecnica in ordine agli oneri recati da ciascuna disposizione e alle relative coperture». Dunque, non può essere ammessa nell'ordinamento una legge regionale non solo priva di copertura, in contrasto con l'art. 81, comma 3, della Costituzione, ma anche e persino priva della prescritta Relazione tecnica finanziaria (Rtf), che per la “proposta Cappato” proprio non esiste.

Cure palliative: a che punto siamo

Nel 1967 nasceva a Londra il St Christopher's Hospice, la prima struttura socio-sanitaria residenziale pensata per l'assistenza ai malati terminali. L'aveva fortemente voluta Cicely Saunders, una dottoressa – e prima ancora infermiera e assistente sociale – che si era trovata ad affrontare il problema dei malati di cancro inguaribili che venivano abbandonati dalla medicina e terminavano la propria vita nella sofferenza. Per prima insegnò ad utilizzare la morfina ad intervalli regolari per controllare il dolore da cancro e, soprattutto, ideò un percorso di cura caratterizzato da una presa in carico globale del malato e della sua famiglia e, realizzando l'hospice, anche un luogo dove questa cura potesse essere assicurata quando non fosse possibile a casa.

L'esperienza del St Christopher è considerata universalmente l'inizio delle cure palliative, quell'approccio terapeutico che consiste nel curare anche quando non si può guarire, nell'accompagnare il malato nel percorso più difficile della vita, quello del suo tramonto, assicurando anzitutto il controllo della sofferenza: non solo quella fisica, ma anche quelle psichica, sociale e spirituale. Da allora le cure palliative si sono fatte strada nel mondo e sono arrivate anche in Italia dove, dopo le prime esperienze sorte a Milano e a Brescia negli anni Novanta, sono state infine garantite da una legge, la 38 del 2010, che le ha rese un diritto del cittadino.

Concentrate inizialmente sui malati di cancro, successivamente le cure palliative hanno ampliato sempre più il loro raggio di interesse e di azione, estendendosi a tutte le malattie croniche in fase evolutiva e alle fasi più precoci di queste malattie, al fine di assicurare, anche durante il corso delle terapie specialistiche e fino alla fase terminale, la migliore qualità della vita possibile e il sollievo dalla sofferenza. Ciò viene fatto sulla base di un approccio olistico, cioè globale, alla persona

malata e alla sua famiglia, considerate come “unità sofferente”. Tutto questo è realizzato grazie ad équipe specialistiche di medici, infermieri, operatori socio-sanitari, psicologi, assistenti sociali, assistenti spirituali, fisioterapisti e, non ultimo, volontari che assicurano terapie occupazionali (attività della vita quotidiana che hanno un effetto benefico sui malati) oltre alla compagnia solidale. I luoghi delle cure palliative pertanto sono gli ospedali, le Rsa (residenze sanitarie assistenziali), le case di riposo, ma soprattutto il domicilio della persona malata, che rimane il luogo di elezione dove vivere questa delicata fase della vita e, quando questo non è possibile, gli hospice, luoghi di cura caratterizzati da un'accoglienza familiare e nello stesso tempo professionale, con stanze singole dove la famiglia è ben accetta, dove è possibile personalizzare l'ambiente perché sia come un'altra stanza della propria casa e dove si riceve un'assistenza continua qualificata.

Contrariamente a quanto si pensa, le cure palliative sono sempre “una buona notizia” perché quando si affronta una malattia inguaribile – sia quando sono ancora possibili cure per prolungare la vita, sia quando questo non è possibile – esse prendono per mano la persona malata e l'accompagnano assicurandole anzitutto la protezione del dolore, che è la principale causa di paura e anche della tentazione di abbreviare il corso della malattia mettendo fine alla vita. Oggi la terapia del dolore, grazie alla disponibilità di molti farmaci (rispetto alla sola morfina dei tempi della Saunders) e anche di tecniche procedurali specialistiche, permette di controllare efficacemente pressoché tutte le sindromi dolorose, anche quelle più difficili, senza compromettere la coscienza e senza il rischio di abbreviare la vita. Ma le cure palliative permettono di avere il controllo anche su tutti gli altri sintomi che possono accompagnare una malattia grave, evolutiva, oncologica e non oncologica, attraverso altri farmaci altrettanto efficaci.

Quando poi, in prossimità della fine della vita, uno o più sintomi si rivelino “refrattari” alle cure, si può ricorrere, con il consenso della persona malata e dei suoi familiari, alla sedazione

palliativa, utilizzando farmaci che riducono fino a sospenderlo lo stato di coscienza al fine di assicurare il sollievo completo dalla sofferenza, anche in questo caso senza abbreviare la vita. Per questo deve essere chiara la radicale differenza fra sedazione palliativa ed eutanasia: in quest'ultimo caso la somministrazione di un farmaco è finalizzata a determinare la morte immediata della persona. La sedazione palliativa rappresenta uno strumento, peraltro utilizzato in una minoranza di pazienti, straordinariamente utile per affrontare condizioni di emergenza che comporterebbero sofferenza e angoscia nel malato e nella famiglia che lo assiste, e confortare la dignità del vivere ultimo e del morire.

Naturalmente, un utilizzo diverso della sedazione palliativa e non secondo le indicazioni previste, come ad esempio per consentire la sospensione di trattamenti di supporto vitale efficaci e appropriati alla condizione di malattia della persona, con l'intenzione di porre fine anticipatamente alla vita, rappresenterebbe un loro utilizzo eutanasi e non accettabile. Esso sarebbe in contrasto con la finalità delle cure palliative stesse così come viene espressa dalla European Association of Palliative Care (Eapc), cioè di «non accelerare né posporre la morte» rispettando il processo “normale” del morire.

A questo proposito è utile e necessario chiarire che le cure palliative sono intrinsecamente orientate ad evitare ogni forma di accanimento clinico, cioè approcci diagnostici e soprattutto terapeutici che risultino non appropriati, sproporzionati alla condizione del malato in fase evolutiva di malattia. Puntano a coinvolgerlo in una pianificazione condivisa delle cure che gli permetta, tutte le volte che è possibile, di decidere il luogo preferito di cura e di essere consapevole degli obiettivi di cura. Questi sono finalizzati, per utilizzare una frase molto suggestiva di Cicely Saunders, «ad aggiungere più vita ai giorni e non più giorni alla vita», quando il secondo obiettivo non sia oggettivamente possibile. Il non intraprendere o il sospendere delle cure e dei trattamenti, anche di supporto vitale, quando oggettivamente non sono più appropriati, quando risultano

sproporzionati (per utilizzare categorie proprie anche di documenti della Chiesa cattolica, ad esempio la dichiarazione “lura et Bona” del 1980), con una valutazione “a letto del paziente”, è una buona pratica clinica ed etica e non ha nulla a che vedere con intenzioni e comportamenti eutanasi.

Le cure palliative dunque si presentano come la risposta più appropriata ai bisogni delle persone che si trovano ad affrontare una malattia inguaribile ed evolutiva verso la fine della vita, in tempi che possono essere brevi o più lunghi; l’esperienza dice che tali bisogni non riguardano solo la cura dei sintomi del corpo, ma anche, e forse soprattutto, la cura della persona tutta intera, del suo spirito, della sua mente, con la finalità di mantenere la speranza, che è quella di sentirsi sostenuti e accompagnati in questo percorso, di non essere di peso per i propri cari, di non smarrirsi di fronte all’inevitabile paura del domani, di ricevere gli aiuti necessari da un welfare solidale anche con chi si occupa delle persone malate. E, non ultima, la speranza alimentata dalla fede, da ogni fede che affermi la trascendenza della persona e che la morte non è mai l’ultima parola.

L’atteggiamento nei confronti della morte è proprio uno degli elementi che determinano gli orientamenti sul fine vita. Sono noti gli studi che illustrano il profondo cambiamento intervenuto in questo atteggiamento, ad esempio quelli di Philippe Ariès, che parla di un passaggio dalla “morte addomesticata” del Medio Evo a quella “proibita” del XX secolo. Ma mi permetterei di aggiungere un’ulteriore tappa in questo processo: quella della “morte controllata” dei nostri giorni. La familiarità con la morte come evento naturale e normale della vita, dopo aver ceduto il passo alla paura anche del solo nominarla – il che ha contribuito anche alla sua medicalizzazione e alla sua scomparsa dal discorso pubblico, quasi ad esorcizzarla, avendo smarrito il senso ultimo delle cose –, oggi si è trasformata nel desiderio di controllarla attraverso la possibilità di deciderne i tempi e i modi, attraverso il suicidio assistito e l’eu-

tanasia. E si vuole affidare il compito di attuare tali pratiche alla medicina, come se fossero soltanto un'altra forma di cura. Così non è ovviamente, mentre le cure palliative, di cui sono stati sinteticamente delineati i contorni, rappresentano anche la via per riappropriarsi della familiarità perduta permettendo di guardare in faccia la morte, anche da lontano, e di non avere più una paura assoluta della stessa. Ciò avviene quando la si priva della possibilità di essere aggressiva ed annullante la dignità del malato, che è accompagnato ad affrontarla ed è protetto dalla sofferenza – almeno quella evitabile –, sostenuto da una società solidale, la società della medicina e della umanità. È perciò importante che i recenti sviluppi legislativi a vari livelli in favore delle cure palliative siano sostenuti e applicati effettivamente. Attualmente la copertura del fabbisogno di cure palliative è soddisfatta per il 36% circa, secondo i flussi informativi ministeriali. Questi ultimi forse sono sottostimati, ma rappresentano comunque un panorama preoccupante riguardo alla capacità di garantire questo diritto umano (così definito dall'Oms, Organizzazione mondiale della sanità), ovvero questo “diritto essenziale” (come definito dalla sentenza n. 242 della Corte costituzionale), affinché nessuno possa avere la tentazione di andarsene prima del tempo per mancanza di adeguato sostegno e di cure appropriate.

Marcello Ricciuti
Direttore UOC Hospice e Cure palliative
AOR S. Carlo Potenza
Componente Comitato nazionale per la bioetica

Principali fonti utilizzate

- AIROMA DOMENICO, *Sezioni Unite e “modica coltivazione” della cannabis*, in portale CSL, 24.4.20.
- ANTISERI DARIO, *Perché l’uomo continua a credere*, Morcelliana, 2020.
- ARIES PHILIPPE, *Storia della morte in Occidente: dal Medioevo ai nostri giorni*, Rizzoli, 1982.
- BENEDETTO XVI, *Intervista a Il Foglio*, 26 ottobre 2019.
- BENEDETTO XVI, *La vera Europa. Identità e missione*, introduzione di Papa Francesco, Cantagalli, 2021.
- BINETTI PAOLA (a cura di), *Servono ancora i cattolici in politica? Testimonianze dal dibattito parlamentare sul valore della vita e sul testamento biologico*, Magi, 2017.
- BYUNG-CHUL HAN, *La società senza dolore*, Einaudi, 2021.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Pareri 14-7-1995, 31-3-2017, 24-2-2023*.
- CASINI CARLO, *Biopolitica: l’ora è venuta. Politica e diritto alla vita*, Cantagalli, 2007.
- COLOMBO ASHER – DALLA ZUANNA GIANPIERO, *La demografia del fine vita*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2023.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Lettera Samaritanus bonus sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, 22 settembre 2020.
- CONFERENZA EPISCOPALE DEL TRIVENETO, *“Suicidio assistito o malati assistiti?”. Nota dei Vescovi e della Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale del Triveneto*, 25 ottobre 2023.
- COTTA SERGIO, *L’uomo tolemaico*, Rizzoli, 1975.
- COTTA SERGIO, *Giustificazione e obbligatorietà delle norme*, Studium, 1981.
- COTTA SERGIO, *Il diritto nell’esistenza. Linee di ontogenesi giuridica*, Giuffrè, 1991.
- COTTA SERGIO, *Il diritto come sistema di valori*, San Paolo, 2004.
- DUBOLINO PIETRO, *Referendum sull’omicidio del consenziente: perché i conti non tornano*, in portale CSL, 30.9.2021.
- ELIADE MIRCEA, *Il sacro e il profano*, Boringhieri, 1973 (1956).

- XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI, XVIII LEGISLATURA, Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico, 10 aprile 2019.
- FORNERO GIOVANNI, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Utet, 2020.
- PAPA FRANCESCO, Udienza generale, Roma, 2013.
- PAPA FRANCESCO, Lettera enciclica *Laudato si'*, 24 maggio 2015.
- PAPA FRANCESCO, Discorso ai membri del Centro Studi Rosario Livatino, 29 novembre 2019.
- PAPA FRANCESCO, Viaggio apostolico in Portogallo in occasione della XXXVII Giornata mondiale della gioventù, 2-6 agosto 2023.
- PAPA FRANCESCO, Incontro con i rappresentanti del V Convegno nazionale della Chiesa italiana, Firenze, 10 novembre 2015.
- PAPA FRANCESCO, Messaggio per la XXVIII Giornata mondiale del malato, 3 gennaio 2020.
- PAPA FRANCESCO, Discorso ai partecipanti all'Assemblea plenaria della Congregazione per la Dottrina della Fede, 21 gennaio 2022.
- GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al VI Simposio del Consiglio delle Conferenze Episcopali d'Europa, 11 ottobre 1985.
- GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995.
- GIUSSANI LUIGI, *Il senso di Dio e l'uomo moderno*, Rizzoli, 1994.
- GIUSSANI LUIGI, *Si può (veramente?!) vivere così?*, Rizzoli, 1996.
- GIUSSANI LUIGI, *L'uomo e il suo destino. In cammino*, Marietti, 1999.
- GIUSSANI LUIGI, *La convenienza umana delle fede*, Rizzoli, 2018.
- GIUSSANI LUIGI, *Dare la vita per l'opera di un Altro*, Rizzoli, 2021.
- GIUSSANI LUIGI, *Il senso religioso. Volume primo del percorso*, prefazione di Jorge Mario Bergoglio, Rizzoli, 2023.
- GUARDINI ROMANO, *Persona e libertà. Saggi di fondazione della teoria pedagogica*, La Scuola, 1987.
- GUARDINI ROMANO, *Persona e personalità*, Morcelliana, 2006.
- IRTI NATALINO, *Diritto senza verità*, Laterza, 2011.
- ISRAËL LUCIEN, *Contro l'eutanasia*, Lindau 2007.
- LEOTTA CARMELO, voce *Consenso informato*, in Dig. Disc. Penal., V Agg., Utet Giuridica, 2010.

- MANTOVANO ALFREDO (a cura di), *Eutanasia. Le ragioni del no*, Cantagalli, 2021.
- MANTOVANO ALFREDO (a cura di), *Legge omofobia: perché non va*, Cantagalli, 2021.
- MANTOVANO ALFREDO (a cura di), *Droga. Le ragioni del no*, Cantagalli, 2022.
- MENORELLO DOMENICO (a cura di), *Diritto o condanna a morire per vite inutili?*, Cantagalli, 2019.
- MENORELLO DOMENICO, *Per un diritto antropologicamente fondato, di fronte al “cambio d’epoca”*, in L-IUS, n. 2, 2021.
- MONTALE EUGENIO, *Forse un mattino andando in un’aria di vetro*, in *Ossi di seppia* (1925).
- NAVARINI CLAUDIA – RICCI ELENA, *La sofferenza di fine-vita: cure palliative simultanee, virtù e fioritura morale nella fragilità*, in *Bioetica Rivista interdisciplinare*, n. 4, 2021.
- PAROLIN CARD. PIETRO, *Lectio* alla fondazione del network “Sui tetti”, *Angelicum*, Roma, 9 marzo 2021, in portale [sui-tetti.org].
- PAROLIN CARD. PIETRO, *Incontro con le Associazioni Cattoliche*, Biblioteca della Segreteria di Stato, 9 giugno 2021, in portale [sui-tetti.org].
- PIERGENTILI FRANCESCA, *Suicidio assistito in versione regionale: un’invasione di campo (statale) incostituzionale*, in portale CSL, 6.11.2023.
- PLATONE, *Le leggi*, IV, 720[d]-720[e], a cura di F. Ferrari – S. Poli, Rizzoli, 2005.
- RONCO MAURO, *L’indisponibilità della vita: assolutizzazione del principio autonomistico e svuotamento della tutela penale della vita*, in *Cristianità*, n. 341-342, 2007.
- RONCO MAURO, *In ricordo di Eluana Englaro. L’ingiustizia dell’eutanasia per via giudiziaria*, in portale CSL, 20.5.2019.
- RONCO MAURO, *Il “diritto” di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, Giappichelli, 2019.
- RONCO MAURO – MENORELLO DOMENICO, *“Legge Cappato”: la scoria regionale è incostituzionale*, in portale CSL, 31.10.2023.
- SAPORITO SANDRA, *Il mito di Prometeo ci svela i segreti del nostro fuoco interiore*, in [www.eticamente.net], 3 gennaio 2022.

- SIMONCINI ANDREA, *Intervista a L'Osservatore Romano*, 30 maggio 2019.
- SINI CARLO, *L'al di là del linguaggio*, in *Nóema*, n. 2, 2011.
- TOMMASO D'AQUINO, *Somma Teologica*, I, q. 90, a. 4.
- VECCHIONI ROBERTO, *Intervista a Il Corriere della Sera*, 25 giugno 2023.
- VITALE ALDO ROCCO, *L'eutanasia come problema biogiuridico*, Franco Angeli, 2017.
- WOJTYŁA KAROL, *Amore e responsabilità*, Marietti 1980.
- ZAMAGNI STEFANO, *Intervista a L'Osservatore Romano*, 22 maggio 2019.
- ZUPPI CARD. MATTEO, *Lettera alle Istituzioni*, in *Avvenire*, 1 giugno 2022.
- ZUPPI CARD. MATTEO, *Riaprire ora vita e speranza. Disincanto, valori e scelte forti*, in *Avvenire*, 13 agosto 2022.

Indice

<i>Dignità nel morire</i> di Domenico Airoma e Domenico Menorello	3
50 domande per non abbandonare i più deboli	
<i>Il suicidio assistito nelle Regioni italiane</i>	11
<i>La “legge”: un fattore molto sottovalutato</i>	15
<i>Le cure palliative e non solo</i>	29
<i>Legge Cappato e sentenza costituzionale</i>	36
<i>La (in)competenza delle Regioni</i>	40
<i>Cure palliative: a che punto siamo</i> di Marcello Ricciuti	45
<i>Principali fonti utilizzate</i>	49

TEMPI
Contrattempi Società Cooperativa
Via Trau, 2
20159 Milano
www.tempi.it
contrattempi@tempi.it

EDIZIONI CANTAGALLI
Via Massetana Romana, 12
53100 Siena
Tel. 0577 42102 Fax 0577 45363
www.edizionicantagalli.com
cantagalli@edizionicantagalli.com

«Verso dove navigate, Europa e Occidente, con lo scarto dei vecchi, i muri col filo spinato, le stragi in mare e le culle vuote? Dove andate se, di fronte al male di vivere, offrite rimedi sbrigativi e sbagliati, come il facile accesso alla morte, soluzione di comodo che appare dolce, ma in realtà è più amara delle acque del mare? Penso a tante leggi sofisticate sull'eutanasia».

PAPA FRANCESCO

«Anni di confronto col destino e la malattia mi hanno insegnato che la vera richiesta del paziente non è esclusivamente quella di guarire. Talvolta, dentro di sé egli sa che questo non è possibile, ma ha bisogno di incontrare esseri umani che riconoscono, attraverso le loro azioni, il valore sacro della vita che mette nelle loro mani».

LUCIEN ISRAËL

hanno contribuito

Domenico Airoma, Rodolfo Casadei, Maurizio Gallo,
Domenico Menorello, Marco Paglialunga,
Marcello Ricciuti, Maurizio Sacconi

ISBN 979-12-5962-473-4



9 791259 624734 >

€ 5,00



TEMPI

