

BENE DELLA VITA UMANA, NORMA A CONTENUTO COSTITUZIONALMENTE VINCOLATO E PRINCIPIO DELLA TUTELA ASSOLUTA DELLA FRAGILITÀ

1. La sintesi della sentenza

Il 15 febbraio scorso, con una nota dell'Ufficio comunicazione e stampa, la Corte Costituzionale riferì di aver deliberato circa l'inammissibilità del quesito referendario relativo all'abrogazione parziale dell'art. 579 del Codice penale, bloccandone di fatto la consultazione popolare. Per i promotori del referendum abrogativo, questo articolo rappresenterebbe il 'cavillo' giuridico che impedirebbe l'introduzione dell'eutanasia nell'ordinamento italiano, mentre per il 'giudice delle leggi' si tratta di un avamposto normativo di capitale importanza, la cui abrogazione (seppure parziale) esporrebbe la vita umana a un grave pericolo in quanto non sarebbe più preservata «la tutela minima costituzionalmente necessaria alla vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili».¹

Il 2 marzo scorso, con la sentenza n. 50, la Corte ha pubblicato le motivazioni di questa pronuncia nella quale si legge che l'eventuale ammissione del quesito avrebbe determinato «la piena disponibilità della vita, da parte di chiunque sia in grado di prestare valido consenso alla propria morte, senza alcun riferimento limitativo».² In tal modo, con l'eventuale approvazione popolare del referendum, si sarebbe legittimato l'omicidio di chi validamente poteva fornire un valido consenso, indipendentemente dalle sue condizioni di salute,

Va precisato che, con tale sentenza, la Corte non ha espresso un giudizio sull'illiceità dell'atto eutanasi e ancor meno sulla moralità dello stesso, ma si è pronunciata sull'ammissibilità di quel preciso quesito referendario che per i promotori era finalizzato alla legalizzazione dell'eutanasia, mentre per i giudici della Corte, così formulato, totalmente svincolato dalle condizioni di salute e/o di malattia della persona, avrebbe aperto di fatto a scenari pericolosi e imprevedibili. Dubbi già avanzati dal professor L. D'Avack (giurista e presidente del Comitato nazionale per la Bioetica), secondo il quale se l'unica condizione ipotizzata per chiedere l'eutanasia è la capacità di intendere e di volere, allora questa risulta essere piuttosto debole se paragonata alla densità della materia in questione (la vita), così delicata e dai risvolti etici e sociali imponderabili.

2. Il dato biogiuridico: 'combinato disposto' art. 75 della Costituzione e sentenza 35/1997

Per comprendere questa sentenza di inammissibilità, occorre delineare quali sono i limiti che la Costituzione e la giurisprudenza della Corte pongono allo strumento referendario abrogativo in generale.

L'art. 75 della Costituzione indica i c.d. limiti espliciti: infatti, mentre si attribuisce al popolo il potere di modificare il quadro normativo dell'ordinamento giuridico tramite questo strumento democratico, il secondo comma di questo stesso articolo costituzionale ne sancisce anche i limiti, per cui si norma che "non è ammesso il referendum per le leggi tributarie e di bilancio, di amnistia e di indulto, di autorizzazione a ratificare trattati internazionali".

A questi limiti espliciti costituzionali, nel tempo se ne sono aggiunti altri, definiti impliciti, ricavati dalla giurisprudenza della Corte costituzionale e che riguardano le leggi costituzionalmente obbligatorie, le leggi costituzionalmente necessarie e le leggi a contenuto costituzionalmente vincolato. In merito a queste ultime, è importante ripassarsi la sentenza n. 35/1997, con la quale la Corte, chiamata ad esprimersi circa l'ammissibilità del referendum abrogativo di alcuni articoli (e parti di articoli) relativi alla legge n. 194/1978 (concernente la disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza), dichiarò inammissibile tale richiesta perché trattasi di leggi a contenuto costituzionalmente vincolato, ovvero atti legislativi «il cui nucleo normativo non possa venir alterato o privato di efficacia senza che ne risultino lesi i corrispondenti specifici disposti della Costituzione stessa (o di altre leggi Costituzionali)... oppure quelle la cui eliminazione determi-



Foto: Sfr/Marco Calanese

ma per i giudici «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».³ In tal modo si conferisce al bene della vita umana 'il connotato dell'indisponibilità da parte del suo titolare'.

¹ UFFICIO COMUNICAZIONE E STAMPA DELLA CORTE COSTITUZIONALE, *Comunicato del 15 febbraio 2022*, in https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20220215193553.pdf [ultimo accesso: 14.03.2022].

² CORTE COSTITUZIONALE, *Sentenza n. 50, 2 marzo 2020*, in <https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do> [ultimo accesso: 14.03.2022].

³ *Ibid.*



Foto Ansa/Sfr

nerebbe la soppressione di una tutela minima per situazioni che tale tutela esigono secondo Costituzione». ⁴ Questa sentenza, sancendo fondamentale il bene vita, evidenziò anche il limite oltre il quale non ci si può esporre e di fatti, per le stesse ragioni, da circa quarant'anni la Corte blocca le consultazioni popolari che rischiano di incidere sui principi fondamentali del nostro ordinamento, e quello alla vita evidentemente lo è, per cui la depenalizzazione (seppure parziale) dell'omicidio del consenziente risulterebbe essere fondato su un principio di sproporzione.

Ciò che invece la Corte *'pensa'* sul fine vita in generale e sulle situazioni di persone affette da patologie 'incurabili' in particolare, lo ha pronunciato con la sentenza 242/2019, con la quale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcune parti dell'art. 580 c.p., precisamente nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, (a) di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da patologia irreversibile, (b) fonte di sofferenze fisiche e/o psicologiche che ella reputi intollerabili, (c) ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (dopo che tali condizioni siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente). ⁵

Ora, quanto stabilito da questa sentenza, non si riferisce solo ed esclusivamente alle persone malate nell'ultimo tratto della loro esistenza, ma estende la possibilità del suicidio assistito anche a quelle persone che vivono forme gravissime di disabilità, indipendentemente dall'essere o meno nella 'fase terminale' di quella determinata malattia. Nonostante tutto, la Corte ha sempre sancito il principio della 'tutela assoluta della fragilità', come si legge nell'ordinanza 207/2018 ⁶

in cui si precisa che il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire un prerequisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente (elemento che poi sarà ribadito ancora una volta dalla sentenza 242/2019).

3. Il dato bioetico: dal principio di sproporzione a quello di ragionevolezza di cura (palliativa)

C'è stato un tempo in cui le scelte eutanasiche erano vincolate solo ed esclusivamente al cosiddetto 'fine vita' dell'esistenza umana. Col tempo, però, l'espressione 'procurare la morte', si è diffusa in tantissimi altri 'spazi' della vita umana segnata dalla sofferenza: dalle grandi disabilità fisiche agli stati vegetativi persistenti o in minima coscienza. Una richiesta 'amplessima e vastissima' del campo di applicazione dell'eutanasia che ha richiesto anche nuove forme di esecuzione.

Questo *slippery slope* (pendio scivoloso) si è ottenuto sulla base del principio di uguaglianza, evocato per evitare ogni forma di discriminazione tra i malati stessi, cioè per evitare 'disparità' tra chi può cooperare materialmente alla 'propria eutanasia' perché capace di autosomministrarsi il farmaco letale (è il caso del suicidio assistito) e chi invece può cooperare solo formalmente ma non materialmente all'atto eutanastico perché oggettivamente impedito ad autosomministrarsi il farmaco letale (casi che si vorrebbero far rientrare nella fattispecie della depenalizzazione dell'omicidio del consenziente).

Questa eccessiva estensione della richiesta eutanastica, è da attribuire anche allo slittamento semantico che ha subito il concetto di vita umana, non più ancorata al dato oggettivo dell'intangibilità e dell'invulnerabilità, bensì al criterio della qualità (dato soggettivo). In tal modo, si sono allargate le maglie

⁴ CORTE COSTITUZIONALE, *Sentenza n. 35, 10 febbraio 1997*, in <https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do> [ultimo accesso: 14.03.2022].

⁵ CORTE COSTITUZIONALE, *Sentenza n. 242, 22 novembre 2019*, in <https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do> [ultimo accesso: 14.03.2022].

⁶ CORTE COSTITUZIONALE, *Ordinanza n. 207, 21 novembre 2018*, in <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=207> [ultimo accesso: 14.03.2022].

della richiesta eutanasi: non solo per la persona affetta da malattia ingravescente con una prognosi infausta e a breve termine, ma anche per quelle persone che, pur non essendo nella fase terminale di una determinata malattia, sono affette da patologie radicalmente invalidanti (solo di ordine fisico o anche psichico?), che non permettono una vita 'qualitativamente accettabile'.

Chiaramente la qualità della vita è un dato importante, eppure da solo risulta essere un criterio abbastanza fragile perché segnatamente individualistico e culturalmente condizionato, specie se ad esso ci si vuole riferire nel tentativo di deliberare una normativa che invece deve valere *ut pluribus*, all'interno di un ordinamento teso a legiferare la vita ordinata delle persone in società.

Dinanzi alle sofferenze indicibili delle persone affette da malattie inguaribili (soprattutto se con prognosi infausta a breve termine), la scienza medica ammette la sconfitta per l'impossibilità di una *restitutio ad integrum*, ma al tempo stesso non si piega alla deriva dell'abbandono e dell'accanimento clinici. In questa complessità medica, infatti, il rischio è quello di voler semplificare e imboccare strade apparentemente più lineari. L'obiettivo invece deve essere quello di individuare percorsi 'più umani', finalizzati alla tutela assoluta della fragilità di quella persona inferma, pensati e progettati 'a misura d'uomo' (leggi umanità), rispettosi dell'essenza umana.

Infatti, accolto il dato dell'impossibilità di guarigione di una persona affetta da malattia, occorre continuare a farsi carico della stessa, accompagnandola nel percorso delle cure palliative. Il cardine su cui si fondano queste cure, è dato principalmente dalla terapia del dolore ma anche da tutte quelle azioni volte alla cura del 'total pain' (dolore totale), finalizzate ad un accompagnamento integrale e globale della persona malata e della sua famiglia. In questo cammino è altresì ammessa, negli ultimi giorni e/o ore, la palliazione profonda continua e graduale, specie in presenza di sintomi refrattari, non con l'obiettivo di procurare la morte ma finalizzata ad alleviare la persona dalle notevoli sofferenze psico-fisiche.

Tuttavia l'efficacia delle cure palliative, dipende dalla rapidità con la quale sono attivate ed erogate: occorre precocemente inserire all'interno del setting di cure palliative, tutte quelle persone candidabili a questo percorso, con l'ausilio di professionisti formati in corsi universitari. Solo così la scienza medica non pianterà bandiera bianca dinanzi alla malattia e solo così la società civile resterà tale, evitando di servirsi delle più disparate forme di eutanasi, avvallandole con il pretesto del principio dell'autonomia, ma che spesso (non sempre) risultano essere comode scorciatoie.

L'individuo è libero di decidere della sua esistenza fino alla fine ma, al netto del principio del danno di J.S. Mill, non si può pretendere che la scienza medica, per accogliere alcune istanze eutanasiche (che a volte rasentano la deriva culturale mortifera come già accade in alcuni Paesi), stravolga la propria vocazione alla vita e alla cura, per trasformarsi in un esercizio che eroga morte sulla base del principio della qualità della vita. Il rischio è quello di divellere i punti nevralgici su cui si fondano la società in generale e il rapporto medico-pa-

ziente in particolare: rispettivamente la solidarietà e la fiducia. Le stesse coordinate che, se ci pensiamo, ci spingono nel tentativo di salvare la vita anche a chi ha deciso di suicidarsi (o di curare anche chi ha deciso di non vaccinarsi).

In un paese civile, pur nel rispetto del pluralismo e nel tentativo di un consenso per intersezione per far fronte alle diverse teorie etiche comprensive, l'eutanasi, il suicidio assistito e l'omicidio del consenziente, sono una sonora sconfitta, perché procurare la morte a chi lo richiede può anche significare il non essere stati in grado di interpretare e accompagnare quel grido di dolore. Infatti, chi richiede una tale soluzione, mai lo manifesta a cuor leggero, specie quando la terapia del dolore è efficace e quando non c'è il benché minimo presentimento di essere diventati un peso per la società e per la famiglia. È questo che si registra quando si accompagnano umanamente le persone, fino al tramonto della loro esistenza.

4. Conclusioni: principio di sussidiarietà e maggiore implementazione della legge 38/2010

Sulla scorta di quanto appena detto, occorre ripartire dall'applicazione della legge n. 38 del 2010,⁷ finalizzata a tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Una norma che, nonostante sia all'avanguardia, presenta delle difficoltà attuative ben delineate nel Rapporto annuale al Parlamento. L'ultimo Rapporto sulla legge 38/2010⁸ evidenzia almeno tre criticità, che poi rappresentano anche il motivo per cui le cure palliative non sono ancora bene implementate, provocando di fatto sia l'abbandono di tantissimi malati allo stadio terminale di una malattia o affetti da patologie gravissime e invalidanti, sia la profonda solitudine delle loro famiglie.

Le criticità indicate sono così delineate: (a) notevoli disomogeneità di queste cure a livello regionale e locale e quindi si muore peggio in alcune zone dell'Italia rispetto ad altre; (b) la durata non ottimale delle degenze e ciò significa che "la richiesta di ricovero avviene troppo spesso negli ultimi giorni di vita" (dettaglio non di poco conto, se si tiene in debita considerazione che le cure palliative occorre attivarle precocemente); (c) la totale assenza in alcune zone, dell'assistenza palliativa domiciliare.

Allora si deve ripartire da questi tre 'nervi scoperti' delle cure palliative e questo può diventare occasione propizia per rimettere davvero al centro la persona che soffre, concedendole spazio e tempo per continuare a vivere con dignità, sulla base del principio di sussidiarietà ovvero che chi ha più bisogno, deve essere curato di più e non abbandonato all'isolamento, da cui scaturiscono le scelte più drammatiche.

Certamente "la morte è inevitabile, ma è possibile renderla più dignitosa e indolore dando più spazio alle cure palliative e fornendo assistenza psicologica ai pazienti e ai loro familiari" (cfr. copertina "Internazionale", 16 giugno 2017, a proposito di un'inchiesta sul fine vita pubblicata sull'"Economist").

MASSIMO SERIO

Docente di Bioetica e Teologia morale sociale,
Istituto Teologico Calabro (Catanzaro)

⁷ Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, Legge 38/2010, 15 marzo (2010), in <https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-03-19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070> [ultimo accesso 15.03.2022].

⁸ Per approfondire questo Rapporto, si consulti il portale del Ministero della Salute all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2814_allegato.pdf [ultimo accesso: 15.03.2022].