



Gabriella Luccioli

**DIGNITÀ DELLA PERSONA
E FINE DELLA VITA**

Recensione di Irene Ambrosi

1. Il concetto di dignità

Gabriella Luccioli torna sul concetto di *dignità* nel frangente più drammatico e delicato dell'esistenza: la scelta riguardo alla fine della vita.

Di grande respiro le considerazioni generali di ordine storico, filosofico e giuridico dedicate all'elaborazione antica e moderna del concetto di dignità quale *dote irrinunciabile* della persona che si possiede dalla nascita, posta a presidio della centralità dell'essere umano, riconosciuta e garantita dal Preambolo della Dichiarazione Universale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite del 1948 con il solenne impegno assunto dagli Stati aderenti a "riaffermare la fede nei diritti fondamentali dell'uomo, nella dignità e nel valore della persona umana".

Con particolare riferimento all'ordinamento interno, viene posto in luce il forte collegamento tra solidarietà, dignità ed eguaglianza indicato dalla Carta costituzionale quale *dimensione dinamica della dignità* che l'art. 3 indica nel "pieno sviluppo della persona umana", nella prospettiva, per ogni individuo, di conseguire la "pari dignità sociale".

Si sottolinea in proposito che il concetto di *dignità* è

strettamente connesso a quello di *rispetto*, declinato non soltanto come osservanza delle norme che governano un certo ordinamento e delle regole che disciplinano la vita di una comunità, bensì come strumento per garantire sia il vivere civile sia le forme di tutela dell'individuo nella sua libertà e inalienabile soggettività.

In tale prospettiva, il *rispetto* costituisce lo strumento di garanzia della dignità di ogni essere umano, «è un modo di esprimersi e di porsi, è la capacità di trovare le parole e i gesti adeguati alla dignità e alla sensibilità dell'interlocutore superando le barriere della disegualianza e del pregiudizio».

Il rispetto viene eretto quale argine alla insignificanza e alla disperazione in cui la persona può trovarsi nel tempo della vita più difficile: quando l'individuo si trovi al cospetto della malattia e della fine, esperienze estreme in cui la dignità può trovarsi maggiormente a rischio.

L'analisi, con originale riflessione, ripercorre le tappe fondamentali del lungo e difficile cammino attraverso cui il duplice rapporto *libertà e salute, scienza e vita* si è delineato e, sempre più marcatamente, ha segnato l'esperienza giuridica contemporanea: dall'affermazione dei principi fondamentali di autodeterminazione e di consenso informato, alla regolamentazione del testamento biologico sino alle aperture del suicidio assistito.

Il principio di *autodeterminazione*, nella sua peculiare declinazione in ambito sanitario, viene ricostruito come diritto potestativo, inteso in senso dinamico, di scegliere se sottoporsi o meno ad un particolare trattamento sanitario, con il rilevante effetto, ormai acquisito, secondo cui il detto potere non trova limite nel dovere di continuare a vivere: dovere che, in tale guisa, non può dirsi sussistente nell'ordinamento.

A sua volta, il principio di autodeterminazione si realizza e si dispiega nel requisito del *consenso informato*, che ne diviene la massima proiezione in campo medico, consentendo così di superare una concezione spiccatamente paternalistica del rapporto di cura, facendolo assurgere a condizione legittimante di ogni attività diagnostica e terapeutica.

Il quadro normativo nazionale e sovranazionale di riferimento considera il consenso informato quale presupposto imprescindibile dell'“alleanza terapeutica” tra medico e paziente, in mancanza del quale l'intervento del medico non è lecito, finanche nell'ipotesi limite

in cui il paziente consapevolmente e liberamente rifiuti o interrompa il trattamento medico vitale.

Viene rovesciata, scrive l'Autrice, la gerarchia tra i soggetti coinvolti e «se pure il medico resta depositario della conoscenza e dell'esperienza che le cure richiedono, la libertà di determinazione del paziente riveste valore primario ed assorbente rispetto ai compiti di chi quelle cure amministra».

Ne consegue l'effettivo rispetto dell'itinerario umano che la persona inferma intende percorrere per il suo equilibrio e la sua tranquillità, anche se tale itinerario può riservarle una prognosi infausta sino alla morte. Possibilità di scelta dell'itinerario (terapeutico) che trova la sua consacrazione più alta nel dettato dell'art. 32 della Costituzione che con significativa e lungimirante definizione sancisce che “la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Nella relazione tra medico e paziente si compenetrano i due termini di *consenso* e di *informazione*, tenuto conto che l'esposizione chiara, completa e aggiornata, data dal medico al paziente dei benefici e dei rischi degli accertamenti diagnostici, dei trattamenti, delle possibili alternative e delle conseguenze dell'eventuale rifiuto di curarsi, assicura che maturi un consenso effettivo, libero e consapevole.

Attraverso il presupposto della *consapevolezza* - frutto dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente - viene tracciata con nitore la linea distintiva tra il “diritto di disporre del proprio corpo” e il “diritto di morire” e, senza aprire la strada a forme di eutanasia non consentite, il diritto di disporre del proprio corpo viene ricondotto al diritto di rifiutare o interrompere trattamenti medici vitali, comprese l'idratazione e l'alimentazione forzata, lasciando quindi che la malattia segua il suo corso naturale sino alla morte.

In tale prospettiva ermeneutica, il diritto di rifiutare o interrompere i trattamenti sanitari, anche vitali, come l'idratazione e l'alimentazione forzata, è stato ricondotto al diritto all'integrità e alla disposizione del proprio corpo secondo il precetto dell'art. 5 c.c. e non al diritto di morire, negato dall'ordinamento.

2. Il caso Englaro

Quale emblematico esempio del diritto di disporre del proprio corpo, viene ricordata la notissima vicenda giudiziaria “Englaro” come tappa fondamentale dell'opera di accertamento del venir meno del consenso al trattamento terapeutico.

Su richiesta del padre, tutore della figlia giacente da oltre quindici anni in stato vegetativo permanente (con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al modo esterno, tenuta artificialmente in vita mediante un sondino nasogastrico), venne richiesto alla Suprema Corte di pronunciarsi sul provvedimento di rigetto reso dalla Corte di appello di Milano della richiesta di interruzione dell'idratazione e dell'alimentazione forzata che tenevano in vita Eluana Englaro.

La Corte di cassazione si trovò ad esplorare gli ambiti pressoché sconosciuti del diritto all'autodeterminazione, del consenso, della libertà di curarsi o rifiutare le cure e riuscì a riempire il vuoto legislativo in materia, seguendo la stella polare costituita dai principi di libertà, dignità e autodeterminazione della persona desunti dalla Costituzione e dalle Carte sovranazionali.

Nella delicata opera ermeneutica così avviata, la Corte affermò, in assenza di specifiche indicazioni normative, che l'alimentazione artificiale e l'idratazione integrassero un trattamento sanitario in quanto misure attivate dai medici con il supporto di tecnologie specifiche e che nella condizione di stato vegetativo in cui la giovane inferma era costretta, la richiesta di interruzione del trattamento terapeutico imponesse di verificare l'*idea di dignità della persona* dalla stessa paziente manifestata, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero della sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza (Cass. Sez. 1, 16 ottobre 2007, n. 21748).

3. I principi ispiratori della legge n. 219 del 2017

L'eco della pronuncia "Englaro" si avverte distintamente nei principi ispiratori e nei profili di novità introdotti dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219, disciplina frutto di un *iter* parlamentare assai travagliato, durato quasi un decennio.

L'entrata in vigore della legge costituisce una tappa fondamentale della costruzione del principio di autodeterminazione in ambito sanitario; in essa vengono, per un verso, recepite le caratteristiche principali dell'istituto del consenso informato per come già enucleate dalla dottrina e giurisprudenza maggioritarie e per l'altro, dettate disposizioni inedite che regolamentano la possibilità di disporre delle proprie volontà, a determinate condizioni, in ordine alle scelte terapeutiche.

Gabriella Luccioli sottolinea con profondità di sentire come

«l'articolato ha riguardo alla vita, e non solo alla morte del malato, del quale intende rispettare e tutelare la piena dignità di persona autonoma e responsabile, tenendo ben salda la distinzione tra interruzione dei trattamenti in atto, ancorché si tratti di trattamenti salvavita, e azione diretta a dare la morte» e come nello stesso articolato «la parola dignità appaia più volte, così da assumere un rilievo del tutto centrale, come asse portante dell'intera normativa ed implica che il giudice non potrà mai adottare provvedimenti lesivi della dignità delle persone coinvolte siano esse capaci di intendere e volere, minori, incapaci o disabili».

Viene posto in evidenza il profilo di novità più rilevante della legge n. 219 rispetto ai temi dell'autodeterminazione e del consenso e cioè quello recante la disciplina delle *Disposizioni anticipate di trattamento* (c.d. DAT). Con felice penna, le DAT vengono definite «una delle possibili modalità di governo della vita e si configurano come la proiezione futura del consenso informato, come il naturale ed eticamente doveroso prolungamento del diritto all'autodeterminazione, come il veicolo attraverso il quale una persona maggiorenne e capace di intendere e volere può manifestare la propria volontà in materia di trattamenti sanitari in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, così esercitando il diritto fondamentale di consentire o non consentire le cure che potranno rendersi necessarie o opportune in caso di malattia».

L'efficacia vincolante delle DAT per il medico e per la struttura sanitaria viene temperata dalla previsione dell'art. 4 l. n. 219 secondo cui il medico, in accordo col fiduciario, nel caso in cui questi sia nominato, può disattenderle in tutto o in parte “qualora esse appaiano palesemente incongrue e non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita”.

4. *Il suicidio assistito*

All'ultima fondamentale tappa del cammino del principio di autodeterminazione e cioè al tema del *suicidio assistito* vengono dedicati gli ultimi capitoli dello studio in commento.

L'ambito di indagine si riferisce alle questioni derivanti da malattie degenerative accompagnate da sofferenze intollerabili che pongono il malato in una condizione senza fine di “dolore globale” e all'adozione di criteri appaganti per sciogliere le questioni che derivano dall'urgenza e dalla complessità di alcune scelte destinate a

preservare l'esistenza della persona o a segnare la fine, ispirati ai principi di eguaglianza ed autonomia, ricompresi nel concetto della dignità umana.

In questo contesto, viene ricostruita la vicenda portata all'attenzione della Corte costituzionale (intervenuta prima con l'ordinanza n. 207 del 2018 e poi con la sentenza n. 242 del 2019) col notissimo caso "Fabiano Antoniani" *alias* "DJ Fabo" che - privato del tutto di autonomia nelle basilari funzioni vitali e affetto da tetraplegia e cecità bilaterale corticale a seguito di un incidente stradale avvenuto nel giugno 2014 - maturò la decisione di porre fine alla sue sofferenze e recatosi in Svizzera, con l'ausilio di Marco Cappato, pose fine alla propria esistenza, con una pratica di suicidio assistito il 27 febbraio 2017. Cappato, tornato in Italia, si autodenunciò con l'evidente intento di condurre una battaglia giudiziaria in proposito.

La Corte di Assise di Milano nel febbraio 2018 dubitò della legittimità costituzionale della condotta di reato di agevolazione al suicidio contestatagli e sollevò la questione.

La Corte costituzionale con la prima pronuncia n. 207/2018 ha utilizzato un inedito strumento persuasivo nei confronti del legislatore, sospendendo per un anno il suo giudizio al fine di consentire al Parlamento di intervenire con un'appropriata disciplina; constatata l'inerzia del legislatore in materia, la Corte costituzionale con la seconda pronuncia ha dichiarato l'illegittimità costituzionale parziale dell'art. 580 c. p. nella parte in cui «non esclude la punibilità di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

Molto interessanti le considerazioni svolte in ordine al significato della scelta operata dalla Corte costituzionale, la quale, spostando il punto di analisi *dall'autodeterminazione* del singolo in campo medico e dal rifiuto delle cure alla *liceità dell'agevolazione della scelta suicidaria*, si è posta in linea di continuità con i precedenti orientamenti giurisprudenziali in materia di libera autodeterminazione circa i trattamenti sanitari e si è spinta «sino ad attribuire tutela incondizionata al diritto di autodeterminarsi, in presenza di specifiche situazioni, verso un congedo dalla vita compatibile con la propria idea

di dignità del morire».

Con la doppia pronuncia, la Corte delle leggi ha mostrato di condividere altresì le acquisizioni della legge n. 219 del 2017 ed ha posto *argini robusti* per evitare quel “pendio scivoloso” cui una maggior apertura degli spazi di non punibilità avrebbe potuto dar luogo.

In particolare, la Consulta ha negato che l’aiuto al suicidio possa essere desunto dal diritto all’autodeterminazione, in quanto il dovere dello Stato è quello di tutelare la vita di ogni individuo, non quello di garantire un aiuto a morire; ha ribadito che l’ordinamento penale intende proteggere le persone più fragili e influenzabili da scelte estreme e irreversibili; ha creato intorno a loro “una cintura di protezione”, ridefinendo con «coraggio» alla luce dei principi di solidarietà e di eguaglianza sostanziale la norma incriminatrice con un effetto di valorizzazione massima dell’autonomia decisionale del paziente in connessione con la dignità umana.

La non punibilità della condotta viene ancorata saldamente ad una serie di requisiti della scelta da compiere, individuando come primo quello della *terapia del dolore* e dell’*accesso alle cure palliative*, nella consapevolezza che la determinazione per una soluzione irreversibile e finale non può considerarsi libera se la persona è afflitta da sofferenze divenute intollerabili e non lenite da trattamenti palliativi; viene individuato, poi, come secondo requisito quello della totale *medicalizzazione del procedimento* secondo la disciplina dettata dalla legge n. 219 del 2017, prevedendone lo svolgimento all’interno del servizio sanitario nazionale, con l’intervento dei comitati etici territorialmente competenti.

Nel capitolo VI, Gabriella Luccioli, traendo feconda linfa dalla propria lunga esperienza di giudice, culminata al vertice della Prima Sezione della Corte di Cassazione, traccia con autorevoli riflessioni un elenco di urgenti indicazioni *de iure condendo* che la via aperta dall’intervento della Corte costituzionale impone e che il precedente Parlamento non ha saputo dare, lasciando medici e pazienti, ancora una volta, «soli nell’affrontare i problemi clinici e gli interrogativi etici» posti dalle difficoltà applicative derivanti dal vuoto normativo.

Prima fra tutte, la disciplina sull’obiezione di coscienza dei sanitari, per l’evidente impatto nella piena attuazione della scelta del paziente di porre fine alle proprie sofferenze, soprattutto in ragione del monito contenuto nella sentenza n. 242 della Corte costituzionale, a mente del quale, la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita

ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, «senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto da parte dei medici».

Ad emblematica conferma delle attuali incertezze applicative, vengono richiamate le peripezie giudiziarie di due malati tetraplegici che hanno proposto dinanzi a tribunali marchigiani istanze cautelari ex 700 c.p.c. nei confronti delle Aziende sanitarie competenti, al fine di ottenere, a fronte dell'atteggiamento ostruzionistico di queste, la declaratoria di accertamento della sussistenza delle condizioni indicate dalla Corte costituzionale per l'operatività dell'aiuto al suicidio assistito ed in tali limiti, le istanze sono state accolte dai giudici di merito aditi.

5. Il problema dell'eutanasia

Per ultimo (e non certo in ordine di importanza), viene affrontato il problema irrisolto dell'eutanasia, all'esito della declaratoria di inammissibilità del quesito referendario sul fine vita (Corte Cost. sent. n. 50 del 2022).

Viene posta in luce l'anomalia dell'ordinamento che differenzia la situazione di chi, trovandosi nelle stesse condizioni delineate dalla Corte costituzionale per rendere non punibile l'aiuto al suicidio, «non è in grado di percorrere da solo l'ultimo e piccolissimo tratto del cammino verso la morte, per essere privo anche di quel minimo di autonomia che gli consentirebbe di premere un pulsante o di ingerire o iniettarsi il farmaco letale».

L'analisi si conclude ponendo con forza la non rinviabile necessità che il Parlamento risponda alle sollecitazioni provenienti dalle tante firme apposte dai proponenti il *referendum* e componga, data la complessità e delicatezza del tema, le diverse e contrastanti prospettive, valutazioni e sensibilità, attraverso i criteri della proporzionalità e della ragionevolezza.

A fronte del probabile protrarsi dell'inerzia del potere legislativo, con il pensiero rivolto alle persone malate che, trovandosi in condizioni più gravi di quelle previste per il suicidio assistito, non sono in grado di attivare autonomamente la procedura di interruzione della vita, l'Autrice suggerisce la via della proposizione della questione di costituzionalità dell'art. 579 c.p. (recante la fattispecie dell'omicidio del consenziente), secondo il percorso già intrapreso in relazione all'art. 580 c.p..