

SULLA LIBERTÀ DI MORIRE CON DIGNITÀ



Il controverso dibattito contemporaneo

P. Ennio BROVEDANI sj ^(*)

[1] Da diversi decenni, ormai, in molti Paesi del mondo è in corso **un ampio e controverso dibattito** sul riconoscimento o meno di un **diritto ad una morte anticipata**, o, in termini più specifici, sul **problema etico-giuridico** dell'ammissibilità morale **del ricorso all'eutanasia**, — nelle diverse modalità in cui **il paziente può essere aiutato a morire** (*eutanasia passiva, attiva, o suicidio assistito*).

Il miglioramento delle **condizioni igieniche di vita**, la sempre più diffusa **informazione sanitaria** e, soprattutto, i crescenti **sviluppi della ricerca** e sperimentazione biomedica hanno di molto allungato le aspettative e la durata della vita umana, *anche se non proporzionatamente la sua qualità*.

Secondo le proiezioni dell'ISTAT dell'anno scorso (2019), in Italia **l'aspettativa media di vita** per entrambi i generi è di **82 anni** (*80,8 anni per gli uomini e 85,2 per le donne*). Nel 1900, invece, era di 47 anni. In poco più di un secolo **l'aspettativa media di vita è quasi raddoppiata**.

^(*) [Presidente Fondazione Stensen — Firenze, Viale don Minzoni 25G, 50129 FIRENZE FI — Tel. (39) 055.576551 - ebv@stensen.org — www.stensen.org. Laureato in Scienze biologiche presso l'Università degli Studi di Milano e in teologia all'Institut Catholique di Parigi. Relazione tenuta il 17 gennaio 2020, al Convegno FINE VITA - *TRA DIRITTO ALLA VITA E DIRITTO ALLA LIBERTÀ*, organizzato dall'Associazione HUMAN – *Diritti e Libertà*, in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati di Firenze, la Fondazione per la formazione forense dell'Ordine degli Avvocati di Firenze e con il patrocinio della Fondazione Stensen. Per il Programma del Convegno, cfr. APPENDICE]

Secondo altre importanti rilevazioni statistiche (*consultabili nella sezione demografica del sito dell'ONU*), **nel prossimo ventennio (2020-2040)**, — quando la popolazione mondiale raggiungerà i 9 miliardi — **è previsto un raddoppio dei casi di demenza senile**, con tutti i disagi, le difficoltà e i problemi (*soprattutto pratici*) che già oggi molte famiglie e diverse istituzioni sanitarie coinvolte stanno sperimentando nella **gestione familiare, sociale e politica della fase terminale della vita**.

Da diversi anni, inoltre, sono sempre più crescenti i problemi e gli interrogativi sollevati dal presentarsi di **situazioni estreme ed eccezionali**, che in parte esulano o difficilmente si inquadrano nelle normative vigenti. Di fronte a certi drammi, quando, per es., ogni speranza terapeutica risulta vana e la sofferenza appare insopportabile, si è a volte sollecitati — *su richiesta dello stesso paziente* — a **superare la rigidità della norma vigente** a favore di un impegno più solidale che potrebbe rivelarsi come **estremo rimedio all'ineluttabile**. Ed è proprio in queste circostanze che, negli ultimi anni, anche **i sentimenti hanno assunto** — *negli ordinamenti giuridici di alcuni Paesi* — **un ruolo sempre più importante**, nel tentativo di mitigare o riuscire a superare l'intransigenza etico-normativa.

[2] Un ulteriore **aspetto rilevante** — *sicuramente inedito rispetto al passato anche recente*, — **da tenere presente** nella valutazione dell'insieme dei problemi relativi all'ammissibilità etico-giuridica del suicidio assistito (*su cui si continua a dibattere*), è la **configurazione sempre più "plurale"** della società contemporanea. Un aspetto, questo, **reale e constatabile**, ma non ancora assimilato dal senso comune, anche tra il personale medico-sanitario.

La nostra società non è più banalmente **"pluralistica"** — *come lo è stata nel secolo scorso e lo è in parte ancora oggi*, — caratterizzata, cioè, da **una pluralità di possibili interpretazioni** (posizioni) in seno alla propria **tradizione culturale di appartenenza** (*con gli irriducibili conflitti storici che conosciamo tra "relativismo" e "fondamentalismo religioso", tra agnosticismo e "laicismo"*), ma è **sempre più "plurale"**, composta, cioè, da una molteplicità di tradizioni e di sensibilità culturali, etniche e confessionali **dai valori diversi e spesso non convergenti**. La globalizzazione economica e comunicativa e i flussi immigratori vi hanno crescentemente contribuito.

In questo nuovo contesto contemporaneo, si pone allora il problema di **come affrontare questa inedita situazione** e, soprattutto, di come offrire agli operatori sanitari e ai cittadini, — *in relazione alle loro diverse appartenenze comunitarie e responsabilità civili*, — dei **criteri o strumenti metodologici** utili per una prima interpretazione, qualificazione e comprensione delle **nuove problematiche etiche, giuridiche e politiche**, che da diversi anni ormai emergono in seguito agli inarrestabili sviluppi della ricerca tecno-scientifica e **all'imporsi** o prevalere di determinate o interessate **politiche economiche globali e conflittuali**. Degli strumenti, in altre parole, che consentano quel delicato **passaggio da una coesistenza** sociale tollerata a **una convivenza** civile solidale e responsabile di tutti i cittadini, nel rispetto della loro dignità culturale, ossia, dei **"valori aggiunti"** propri e specifici delle svariate comunità civili, etniche e confessionali di appartenenza o di pertinenza.

I “**valori morali**”, infatti, — *quelli che in diverso modo vincolano la coscienza personale e l'identità della comunità di appartenenza* (oppure inducono una possibile e circostanziale “obiezione di coscienza”) — sono la **proiezione ideale di un “dover essere”** (*di un orizzonte di compimento*). In quanto tali, essi si **propongono e mai si impongono**, né tantomeno si prepongono.

[3] Nelle stesse istituzioni sanitarie è da tempo **in atto un profondo ripensamento e rinnovamento** in merito, concernente **non solo** il mandato e compito proprio della professione sanitaria [*con l'adeguamento e aggiornamento del Giuramento di Ippocrate, da parte dell'Ordine Nazionale dei Medici*], **ma anche** il necessario **coinvolgimento dell'ambiente familiare e vitale del paziente** [*dato che la maggioranza dei pazienti (mediamente il 60% in Europa) non muore più in casa ma nelle strutture sanitarie pubbliche*], l'importante **ruolo svolto dalle svariate associazioni di volontariato ospedaliero** e molti altri aspetti sociopolitici ed economici implicati.

Tra i cittadini e nelle diverse Istituzioni coinvolte sta anche maturando **una crescente e positiva presa di coscienza** che le persone — *giunte al termine della loro vita* — devono essere rispettate nella loro autonomia e dignità, in considerazione soprattutto della loro estrema fragilità e vulnerabilità. Si è inoltre realizzato **un ampio consenso professionale e sociale** su alcuni atteggiamenti, comportamenti e procedure da seguire e incoraggiare, per consentire soprattutto a ciascun paziente di **riappropriarsi della propria morte**, possibilmente confortato da **coloro che effettivamente e affettivamente hanno contato** nel corso della loro esistenza.

La **bioetica**, nata negli anni 1970, si è sviluppata proprio in seguito all'insorgere di situazioni problematiche e conflittuali analoghe, spesso inedite e molto complesse, in un contesto sociale profondamente mutato e sempre più “plurale”. Essa non è nata come **nuova disciplina** (*sarebbe un “mostro semantico”, in quanto la biologia è descrittiva, mentre l'etica è prescrittiva*), ma come **un metodo** multi- e interdisciplinare **di indagine e di identificazione di tutti gli elementi moralmente rilevanti** implicati nell'insorgere di situazioni conflittuali nell'ambito della ricerca e sperimentazione biotecnologica e biomedica.

La bioetica, cioè, è più propriamente **una metodologia** per un'impostazione previa del procedimento valutativo, in funzione: di una **risoluzione non violenta** dei *conflitti di valori*; di una **mediazione pacifica** degli *interessi in gioco*; di una **produzione di accordi e di consensi concernenti regole condivise**, che permettano di continuare una certa cooperazione e vita in comune; della **realizzazione di istituzioni e di procedure** (come, per es. *i comitati di etica*) che formalizzano questo modo di risolvere i conflitti sociali; del **riconoscimento di dissensi, provvisoriamente irriducibili**, lasciando agli individui e alle comunità civili o confessionali di appartenenza **certi aspetti della regolazione dell'esistenza morale**, nel contesto di una società sempre più “plurale”.

[4] Sull'insieme di queste nuove problematiche da diversi anni ormai è in corso **un ampio e articolato dibattito nazionale e internazionale**, che coinvolge in vario modo *la nostra società, la politica sanitaria e anche ogni singolo cittadino*, con **un impatto mediatico** considerevole e un'ingente **produzione bibliografica** che, — *in ragione della inter- e pluridisciplinarietà dei saperi e ambiti coinvolti* — esige il concorso di svariate e non comuni competenze e l'istituzione di equipe professionali.

Come si evince dal titolo della mia relazione [*“Sulla libertà di morire con dignità”*], sono fondamentalmente due **i concetti**, o se vogliamo, **i valori** intorno a cui **ruota e “diverge”** il dibattito contemporaneo: **la libertà personale** e la **dignità** umana.

Mi soffermerò brevemente **sul primo** (*l'esercizio della libertà personale*) [A] e un po' più dettagliatamente **sul secondo** (*il principio del rispetto della dignità del paziente*) [B], per concludere con **un breve accenno** alla *“gestione politica”* della fase terminale della vita umana [C].

[A] L'ESERCIZIO DELLA LIBERTÀ PERSONALE

Un **problema ampiamente dibattuto** nel contenzioso internazionale sull'ammissibilità del ricorso all'eutanasia, — *anche se in termini diversi e più astratti rispetto al valore della dignità umana*, — è **il tema della libertà personale**, non tanto **in relazione** alle condizioni etiche e ai possibili limiti del suo esercizio (*in ambito sanitario*), quanto (e soprattutto) **alla rivendicazione di un preteso diritto**, come per es., il diritto ad una morte anticipata o prematura, a discrezione del richiedente o paziente (*o il preteso diritto ad avvalersi di una terapia innovativa rese disponibili dagli sviluppi della ricerca e sperimentazione biomedica*).

In una società “plurale” — caratterizzata da una coesistenza di diverse etnie, culture e confessioni religiose — **il problema dell'esercizio della libertà** è effettivamente **più complesso** (*rispetto alle società tradizionali*: pensiamo alla ricorrente e, a volte, nostalgica evocazione delle “radici cristiane” dell'Europa).

1) Negli **anni 70** del secolo scorso *il filosofo francese Michel Foucault* (1926-1984), — proprio riferendosi alla crescente coesistenza di così tante e differenti etnie, culture e confessioni religiose, — sosteneva che **la libertà è la «condizione ontologica dell'etica»**, ossia, *in termini meno filosofici e più prosaici*, la sua condizione di possibilità. **Non vi è infatti etica senza libertà**: sarebbe solo *prepotenza, imposizione, dipendenza infantile*.

L'etica, a sua volta (*in quanto disciplina e in ragione di questa sua necessaria relazione alla libertà*), è **la forma ragionata e responsabile che assume la libertà**, ossia, la riflessione sulle motivazioni e condizioni del suo esercizio. Se non vi è “etica senza libertà”, **non vi è neppure “libertà senza etica”**, senza il ricorso, cioè, a principi e valori che ne orientino l'esercizio: sarebbe solo *anarchia, licenza irresponsabile e, a volte, irrispettosa*.

Libertà ed etica, pertanto, **sono costitutive ed essenziali** al vivere relazionale, comune e sociale. Il loro esercizio si esplica effettivamente nel perseguimento, nel rispetto e, al limite, nell'eventuale violazione di fondamentali valori, quali — *nel nostro ambito*, — la salute, il benessere, la sicurezza delle persone e dell'ambiente, il rispetto dei diritti umani fondamentali e, in senso più generale, il bene della società (*bene comune*) o dell'umanità (*bene universale*).

2) Il **crescente sviluppo delle tecnologie biomediche** di questi ultimi decenni e l'ampliarsi delle possibilità in ambito clinico-terapeutico, però, **hanno suscitato** — *da parte dei cittadini diversamente coinvolti* — **delle richieste particolari**, spesso **invocate come diritti**, ogni qualvolta è implicato il loro corpo, la loro salute, o quella dei propri cari.

Questa rivendicazione ad un preteso diritto di avvalersi, per es., delle più recenti e a volte alquanto dispendiose terapie offerte dai progressi della ricerca biomedica ha indotto **un mutamento della concezione e dei limiti della libertà personale** e, in particolare, del rapporto tra **l'io individuale** (*soggetto di diritti*) e **il noi sociale** (*oggetto di responsabilità e doveri reciproci*). L'esercizio delle libertà individuali, infatti, non è confinato solo a sé stessi, ma avviene nell'ambito di **una rete di relazioni personali** e istituzionali che diversamente caratterizzano ogni comunità civile.

3) Uno tra i **problemi più discussi** nel dibattito internazionale in corso, per es., è riuscire a comprendere e **stabilire fino a che punto** — *nell'ordinamento giurisdizionale di pertinenza e appartenenza* — **i desideri personali** o le preferenze individuali **possano suscitare**, *in relazione agli ambiti e ai sentimenti più intimi*, **dei nuovi diritti**, in grado — *a volte* — di coinvolgere e mobilitare anche la solidarietà nazionale (*come è avvenuto in certi casi*).

L'autorizzazione ad una morte anticipata, *su sollecitazione del richiedente*, effettivamente **travalica gli abituali e contestuali limiti** nell'esercizio delle libertà individuali, poiché non viene richiesta solo come soluzione **ad una condizione o sentimento** di indegnità, di sofferenza o di estrema stanchezza o esasperazione che colpisce alcune persone, ma **pone anche in discussione** una concezione di autonomia personale intesa come **sovranità individuale**, in quanto si desidera o si pretende che il principio del rispetto dell'autonomia personale divenga **il principale criterio di riferimento**, per non lasciare esclusivamente al decorso della natura o a persone terze (*in particolare ai medici*) **il potere di decidere il termine della vita personale**, con tutte le sue implicazioni e conseguenze tanto individuali, quanto sociali.

Questo è uno tra i **problemi etico-giuridici** più discussi nell'ambito del dibattito contemporaneo sulla "libertà di morire con dignità".

[B] IL PRINCIPIO DEL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DEL PAZIENTE

Il concetto e il valore della **dignità umana**, invece, — o, se vogliamo, il **principio del rispetto della dignità del paziente**, — sono al centro degli aspetti più controversi e contraddittori del dibattito contemporaneo sull'ammissibilità etica o meno del ricorso all'eutanasia.

Per gestire al meglio **la natura divergente** di questo dibattito e delle relative posizioni, in relazione anche alla loro **gestione etico-giuridica e soprattutto politica**, può essere allora utile **comprendere le motivazioni e le ragioni** per cui l'invocazione di un medesimo concetto — la "dignità umana" — o il ricorso ad un medesimo principio etico — il rispetto della "dignità umana" del paziente — portino a delle **valutazioni, decisioni e prescrizioni contrapposte**, *con le loro proprie sensibilità, approcci interpretativi e argomentazioni*. Sia i sostenitori dell'eutanasia, infatti, e sia coloro che non la ritengono moralmente ammissibile, hanno in comune un esplicito riferimento al **rispetto della dignità del morente**.

Entrambe queste posizioni interpretano e fondano diversamente (*come vedremo*) il concetto di dignità, e sono generalmente **consapevoli della complessità e novità** delle problematiche implicate. Per questo, **evitano prudentemente** ogni forma di intransigenza e — in determinati contesti — **non escludono** la ricerca di possibili soluzioni condivise, all'insegna soprattutto dell'indulgenza **non solo umana ma anche giurisdizionale** [*da qui anche l'accresciuto ruolo assunto dai sentimenti, rispetto all'intransigenza etico-giuridica*].

Esse meritano, pertanto, attenzione e ascolto per un responsabile **coinvolgimento della politica, delle istituzioni sanitarie e del cittadino** nel delicato e importante dibattito in corso.

Già **ad una sommaria analisi** delle principali argomentazioni apportate a sostegno delle loro valutazioni, — a favore o contro l'eutanasia — **è possibile evincere** come all'origine della contrapposizione tra i due opposti schieramenti vi sia **una interpretazione e precomprensione filosofica divergente non solo del concetto antropologico della dignità umana, ma anche della sua conseguente valenza etica e prescrittiva**. Il concetto, infatti, è conoscitivo, mentre il valore etico è prescrittivo.

1) Per coloro che si oppongono al ricorso all'eutanasia — generalmente le grandi tradizioni religiose e spirituali (*ma non solo*), — il concetto di dignità viene filosoficamente e teologicamente inteso come un **"valore intrinseco di ogni essere umano"**.

La **vita umana** — *comunque se ne interpreti e descriva l'origine* — è per sua natura una **realtà trascendente** e, in quanto tale, **"sacra" e intangibile**. La **dignità** non è un valore convenzionale relativo alla tradizione di appartenenza, ma è una **qualità costitutiva e reale ("ontologica")** della stessa persona.

Umanità e "dignità" **si identificano** a tal punto da non dipendere dalle eventuali condizioni fisiche o circostanziali di un soggetto. **La dignità**, cioè, non esprime solo l'appartenenza di ogni persona all'umanità [*allo specifico umano*], ma rappresenta anche **l'impronta profonda** dell'uguaglianza degli individui, ossia, **una dimensione morale universale (un valore intrinseco)** che qualifica l'essere

umano tanto nella sua essenza, quanto nella sua esistenza e implica dei precisi doveri nei suoi confronti.

Non a caso — *affermano i sostenitori di questa interpretazione* — la tradizione occidentale moderna ha posto a **fondamento dei diritti universali** dell'uomo questa concezione "ontologica" di "dignità". La vita umana, pertanto, non può essere lasciata **alla libera disposizione dell'uomo**, ma deve essere vissuta, con e nonostante tutte le sue cruciali e dilemmatiche contraddizioni.

I **sostenitori di questa posizione** sono soprattutto **preoccupati delle derive** verso cui condurrebbe un eventuale riconoscimento di un diritto all'eutanasia, *per quanto giuridicamente circoscritto e delimitato*. Essi ritengono che autorizzare l'eutanasia — l'atto di una persona terza che deliberatamente pone fine a una situazione giudicata umanamente insopportabile — provocherebbe **una frattura morale e sociale rilevante**, un "pendio scivoloso" (una *slippery slope* — *come viene indicato nella letteratura bioetica americana*) dalle conseguenze difficili da prevedere e valutare.

Essi sostengono inoltre che **non vi è libertà possibile senza limiti**, e la funzione dei divieti consiste proprio nello strutturare e garantire una vita sociale e una convivenza civile sostenibile. Che ne sarebbe, infatti, di una società dove ciascuno esercitasse la propria libertà e rivendicasse dei diritti **a partire dalle proprie opinioni personali** (*come si accennava prima a proposito della "libertà"*)?

2) L'**etica** a cui ricorrono coloro che non ammettono l'eutanasia viene spesso qualificata — *nei diversi mezzi di comunicazione* — come **etica religiosa** o confessionale, **in contrapposizione all'etica laica** o secolare di coloro che invece la sostengono.

A mio parere, una designazione forse più pertinente — *in quanto più inclusiva delle molteplici tradizioni religiose, spirituali e culturali* — è **etica eteronoma/rivelata**, **in contrapposizione ad un'etica autonoma**, *razionalmente e contestualmente elaborata*.

Coloro che in diverso modo si oppongono all'eutanasia, si ispirano infatti ad **un'etica eteronoma o rivelata**: alla "mela di Adamo" (*direbbero alcuni*), per richiamare la metafora biblica. La proibizione di cogliere il frutto dell'albero (*la mela secondo la tradizione*) **evoca** la pretesa arroganza umana di stabilire ciò che è bene e male, con il rischio che le prescrizioni etiche siano definite **in funzione degli interessi personali** o della comunità di appartenenza e non in funzione del "bene comune" o "universale".

I sostenitori di un'etica eteronoma, quindi, ritengono che l'etica **non sia un'opzione personale** o *relativa alla comunità di appartenenza*, ma di **esclusiva pertinenza** di una rivelazione divina, di un'autorità riconosciuta o **di una sperimentata tradizione secolare**.

Mentre coloro che ammettono la possibilità di disporre della propria morte e di richiedere l'eutanasia, **ricorrono ad un'etica autonoma**, *razionalmente e contestualmente elaborata*: alla "mela di Newton" (*direbbero altri*, in contrapposizione a quella di "Adamo"). Dalla caduta della mela **Newton avrebbe**

intuito la legge della gravitazione universale, formalizzando i rapporti tra la forza, la massa e l'accelerazione.

L'**etica**, in altre parole, non è rivelata o tramandata (*sarebbe un'opzione di fede*), ma ⇒ è **la razionalizzazione e la formalizzazione della responsabilità umana** e delle conseguenti prescrizioni **nel contesto della comunità di appartenenza** e può variare in relazione alla propria storia, cultura e tradizione.

Il controverso dibattito contemporaneo sull'ammissibilità morale del ricorso all'eutanasia verte pertanto sulla contrapposizione tra etica autonoma ed etica eteronoma.

3) Per i sostenitori dell'eutanasia, infatti [*che si ispirano ad un'etica autonoma*], **la dignità non è una realtà intrinseca ("metafisica")** e costitutiva della persona, né tantomeno un valore assoluto che trascende la natura umana, ma è **una dimensione e condizione etico-normativa soggettiva** o personale e, in quanto tale, variabile e relativa ai valori propri della comunità etnica, confessionale o civile di appartenenza. La dignità, quindi, **può variare completamente** da un individuo all'altro e **subire delle mutazioni** nel corso della vecchiaia e della malattia, in relazione anche all'immagine di noi stessi che il contesto in cui viviamo ci trasmette.

Secondo questa concezione, il diritto a "morire con dignità" costituisce **una prerogativa di ciascun individuo** a stabilire e valutare di persona i limiti accettabili della sua autonomia e qualità di vita, nel contesto e **in relazioni alle diverse condizioni di indegnità** che colpiscono numerose persone invalide e dipendenti. Di fatto, la dignità è anche espressione della libertà individuale e della possibilità di esprimere il proprio dissenso.

Il "**morire con dignità**", quindi, implica **un diritto che deve essere riconosciuto** a chi ne fa richiesta o ha lasciato disposizioni in merito. Nelle nostre società occidentali, infatti, la maggioranza degli esseri umani rifiuta la decadenza fisica e intellettuale e vuol essere rassicurata sulla qualità della vita e sulle condizioni del proprio morire.

A loro parere, inoltre, è riduttivo, se non improprio, intendere l'esistenza umana in modo esclusivamente biologico o meccanicistico. **La vita umana**, infatti, — a differenza di quella animale — è essenzialmente un'esperienza e l'esito di un ordine **non tanto naturale quanto simbolico/culturale**.

Solo l'uomo fa cultura e non è un banale, — per quanto complesso, — componente della popolazione specie-specifica "*Homo sapiens sapiens*", ma è un individuo **soggetto di diritti e quindi "persona"**. Per questo, la richiesta di assistenza a una giusta liberazione da condizioni di vita insostenibili, è **un atto moralmente ammissibile** in quanto responsabile e **autenticamente culturale**.

Coloro che si oppongono incondizionatamente ad ogni forma di eutanasia, sarebbero — sempre secondo loro — un **nostalgico residuo** della medioevale "*philosophia ancilla theologiae*" (la filosofia a servizio della teologia). Una "precomprensione", in altre parole, in quanto nelle loro vene scorrerebbe ancora del "sangue teologico".

[C] “GESTIONE POLITICA” DELLA FASE TERMINALE DELLA VITA UMANA

Queste **due posizioni**, nella loro radicale divergenza, sono **difficilmente conciliabili** e la loro eventuale estremizzazione ha condotto e continuerebbe a condurre in un vicolo cieco, quello **dell’umiliante rassegnazione o dell’irresponsabile rinuncia** a ricercare ed elaborare un metodo che consenta una soluzione condivisa, per quanto provvisoria, dei sofferti dilemmi sollevati dalla gestione del morire, — *una realtà che di fatto concerne sempre di più ogni cittadino e interroga l’intera società*.

Il **problema politico**, però, non risiede tanto nel prendere posizione rispetto a queste **due concezioni di dignità umana** — *espressione, come abbiamo visto, di due antropologie ed etiche contrapposte* — quanto, semmai, nell’interrogarsi sul **significato e le conseguenze** dell’assunzione e del mantenimento di queste divergenze nell’ambito del dibattito in atto sul modo di gestire la fase terminale della nostra vita di fronte alle **crescenti possibilità di scelta** offerte e prospettate dagli sviluppi delle tecnologie biomediche, pur assumendo il principio, universalmente riconosciuto (*e a fondamento della bioetica*), che “*non tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche eticamente ammissibile*”.

1) Le differenze tra queste due concezioni della dignità umana **sono infatti rilevanti** e, in una società sempre più plurale (*dove coesistono valori diversi e spesso non convergenti*), **si pone il problema politico di elaborare un metodo** (*una strada*) che consenta un superamento delle divergenze, nel rispetto dei valori propri delle comunità civili, culturali, etniche e confessionali di appartenenza. E il tracciare una strada comune **esige degli “espropri di terreno”**, ossia [*fuori metafora*], delle possibili e sostenibili rinunce da entrambe le parti.

L’esperienza e il buon senso, del resto, ci insegnano che **non è sano né saggio** da parte di una società vivere e sostenere **uno scarto troppo marcato tra regole affermate e realtà vissuta**. Un eventuale impegno solidale esercitato in modo più o meno clandestino [*pensiamo a tutte le polemiche sollevate dall’aborto clandestino*] rischia, infatti, di essere parziale e soprattutto anarchico. Si instaura inoltre una sorta di **ambiguità etica negativa**: da una parte, **ipocrisia e clandestinità**, dall’altra, **esiti disparati e divergenti** in funzione delle procedure scelte e delle diverse istituzioni competenti interpellate.

La **dignità umana intesa in senso assoluto**, per es. [*come la concepiscono i sostenitori dell’etica eteronoma*], è **inalienabile e non quantificabile** (*in ragione della sua natura intrinseca*); un’infermità fisica o mentale ereditata o accidentalmente acquisita **non ne sminuisce il valore**, e affermare che in certe situazioni l’eutanasia o il suicidio assistito consentono una morte più degna, **non ha senso** [La dignità, in quanto proprietà intrinseca, sostanziale, non è dell’ordine del quantificabile e del calcolo, ma dell’essenza e quindi della non negoziabilità].

Ma anche la dignità intesa come dimensione e **condizione etico-normativa soggettiva** o personale [*come la concepiscono i sostenitori dell’etica autonoma*], rischia di essere troppo **condizionata dai propri vincoli valoriali identitari** — *senza escludere possibili conflitti d’interesse* — per proporre una gestione politica della fase terminale dell’esistenza umana condivisa, che contempi un presunto diritto individuale ad una morte anticipata o prematura, a discrezione del richiedente.

Non è facile gestire correttamente l'insieme di questi problemi e dilemmi, ma occorre sforzarsi di **trovare dei compromessi ragionevolmente convincenti e accettabili**, che tengano conto di tutte le possibili implicazioni e conseguenze, ricadute antropologiche e sociali, e consentano **una gestione del "morire" rispettosa della dignità del paziente** e dei valori aggiunti propri della comunità civile, culturale, etnica, spirituale e confessionale di appartenenza.

2) Singole e rigide posizioni morali, pertanto, non dovrebbero essere poste a fondamento di **un ordinamento giuridico statale plurale**, in cui coesistono etnie, culture e confessioni religiose dai valori spesso divergenti. Le norme giuridiche, infatti, **devono essere configurate** in modo tale da consentire decisioni conformi alle diverse convinzioni etiche, ossia, **all'effettivo stato della coscienza morale** della società entro cui vengono emanate, a prescindere dalle contingenti dinamiche politiche che possono aver presieduto alla loro democratica approvazione. A maggior ragione se prevale l'opinione che i conflitti etici possono trovare una soluzione nell'ordinamento giuridico vigente.

Quando però il confronto delle ragioni non perviene a un consenso, e le normative adottate rischiano di tradursi in limitazioni della libertà dei cittadini, è allora possibile **fare appello all'obiezione di coscienza**, in base alla quale discernere quali limitazioni si possono considerare ammissibili e quali, invece, imposte. L'obiezione di coscienza è **un diritto inalienabile di ogni essere umano** (Cfr.: art. 2, 19, 21 *Costituzione*; art. 18 *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*) e consiste nel rifiuto di adempiere un obbligo imposto dalla legge contrario ai propri personali convincimenti morali e alla propria coscienza.

Come ogni altro diritto, però, l'esercizio dell'obiezione di coscienza non è assoluto, **ma dev'essere contestualizzato** (analogamente al rispetto della legalità).

Un compito questo che rappresenta una delicata sfida culturale, politica e spirituale per i prossimi anni ed esige delle adeguate e non comuni competenze.

In tal senso, **un ruolo importante**, — *a volte anche decisivo*, — **possono svolgerlo la compassione e la solidarietà umana**.



FINE VITA TRA DIRITTO ALLA VITA E DIRITTO ALLA LIBERTÀ

“La dignità sta qui dentro, nel riconoscere il diritto all'autodeterminazione e nel creare il contesto all'interno del quale l'autodeterminazione può essere effettivamente esercitata” - STEFANO RODOTÀ

17 gennaio 2020

Presso: AC Hotel Firenze by Marriott in Via L. Bausi, 5 – Firenze

PROGRAMMA

SESSIONE MATTUTINA - (Ore 10:00-13:30)

Ore 09:30-10:00 REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI SESSIONE MATTUTINA

Ore 10:00 **APERTURA DEI LAVORI ED INTRODUZIONE**

Avv. Gabriella Gaglio - Foro di Firenze: Presidente di HUMAN - diritti e libertà APS

Introduce e coordina:

Prof. Avv. Giuseppe Vettori

Docente di Diritto Privato presso l'Università degli Studi di Firenze

INTERVENGONO:

1. **IL SUICIDIO: DA PECCATO A REATO. UN APPROCCIO STORICO - COMPARATISTICO**

Avv. Roberto de Felice - Avvocatura dello Stato

2. **SULLA LIBERTÀ DI MORIRE CON DIGNITÀ: IL CONTROVERSO DIBATTITO CONTEMPORANEO**

Padre Ennio Brovedani sj - Presidente Fondazione Stensen

3. **IL SUICIDIO ASSISTITO NELL'ORDINAMENTO ITALIANO ALLA LUCE DEL CASO 'CAPPATO'**

Prof. Francesca Poggi - Docente di Filosofia del Diritto presso l'Università degli Studi di Milano

1. **FINE VITA: TRA DISOBBEDIENZA CIVILE E DECISIONI DELLE CORTI**

Avv. Filomena Gallo - Foro di Salerno:

Segretario nazionale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica

Ore 13:30 **CHIUSURA SESSIONE MATTUTINA**

SESSIONE POMERIDIANA - (Ore 15:00-18:30)

Ore 14:30-15:00 REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI SESSIONE POMERIDIANA

Ore 15:00 **RIPRESA DEI LAVORI**

INTERVENGONO:

1. **DIGNITÀ E AUTODETERMINAZIONE NELLA GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE**

Dott. Giacinto Bisogni - Presidente di Sezione della Corte di Cassazione

2. **FINE VITA E SUICIDIO ASSISTITO NELLA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE EUROPEA DEI DIRITTI UMANI**

Dott. Vladimiro Zagrebelsky - Già Giudice della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo:

Direttore del Laboratorio dei Diritti Fondamentali di Torino

3. **IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE NELLE FASI AVANZATE DI MALATTI**

Dott. Piero Morino - Responsabile Rete Cure Palliative Firenze, Pistoia e Prato

4. **VERSO LA FINE DELLA VITA: IL COMPLESSO INTRECCIO FRA CLINICA, ETICA, DIRITTO E DEONTOLOGIA**

Dott. Alfredo Zuppiroli - Presidente della Commissione di Bioetica della Regione Toscana

Ore 18:30 **DIBATTITO E CHIUSURA DEI LAVORI**