

In attesa della legge (o del nuovo intervento della Corte Costituzionale) sul suicidio medicalmente assistito*

di Antonio D'Aloia **
(30 giugno 2019)

1. Non c'è dubbio che la decisione (ordinanza) n. 207/2018 sarà ricordata come una delle 'svolte' più significative della giurisprudenza costituzionale. E' una decisione che ha 'spiazzato' il campo delle opinioni e del dibattito sul fine vita e più in generale sui temi bioetici, al tempo stesso inaugurando una modalità procedurale effettivamente inedita, che può rinvenire un precedente 'parziale' nella decisione della Corte Suprema del Canada sul caso Carter, sempre in tema di suicidio medicalmente assistito¹.

Questa assonanza di esperienze e schemi procedurali sembrerebbe confermare una difficoltà intrinseca delle Corti (anche Costituzionali o Supreme) ad intervenire su un terreno estremamente sensibile e controverso, e la ricerca di una collaborazione (sostanzialmente 'imposta') al Parlamento.

2. Sul piano dei contenuti, l'ordinanza 207 'annuncia' (per ora), e anzi prepara, un vero e proprio 'salto in avanti' del (nostro) diritto vivente in tema di *end-of-life decisions*. Finora, il punto di consolidamento della riflessione giuridica era rappresentato dalla sentenza 'Englaro', i cui contenuti sono stati in un certo senso 'stabilizzati' nella legge 219/2017.

In sintesi, nella legge viene riconosciuto in modo pieno un diritto di rifiutare le cure, anche '*life sustaining*'. Questo diritto può essere esercitato sia prima che durante il percorso terapeutico, e la volontà di non curarsi può essere contenuta anche in una DAT.

Rimaneva (consapevolmente) fuori da questo 'contenitore' la questione del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia; e la sentenza Englaro era su questo punto molto sicura, definendo un confine che sembrava spesso e solido: *<<il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale>>*.

Anche nel parere del CNB sulla sedazione palliativa profonda continua, che può essere considerato un ulteriore punto di avanzamento del discorso sul rifiuto di cure e sull'accompagnamento nel morire, viene tracciata una linea distintiva che ribadisce la classica dicotomia tra 'lasciar morire' e 'determinare' la morte di un soggetto, con un intervento eutanasiico diretto o aiutandolo materialmente a realizzare il proposito suicidiario.

Secondo il Comitato, *«per l'obiettivo, le procedure e gli esiti, la sedazione è un atto terapeutico che ha come finalità per il paziente alla fine della vita quella di alleviare o eliminare lo stress e la sofferenza attraverso il controllo dei sintomi refrattari, [...] La sedazione profonda, quindi, non è indicata come un trattamento che abbrevi la vita, se applicata in modo appropriato, e non può essere ritenuta un atto finalizzato alla morte»*.

* Intervento al Seminario 2019 di Quaderni Costituzionali, *Dopo l'ordinanza 207/2018 della Corte costituzionale: una nuova tecnica di giudizio? Un seguito legislativo (e quale)?*, Bologna, 27 maggio 2019

¹ Supreme Court of Canada, Carter vs Canada, 6 febbraio 2015.

Quanto alla legge 219, la scelta di mantenere il confine tra rifiuto di cure e richiesta di essere aiutati a suicidarsi emerge abbastanza chiaramente da almeno due disposizioni, che in effetti, e più in generale, riflettono il dibattito parlamentare nel quale il tema del suicidio assistito e dell'eutanasia era stato volutamente 'stralciato' dall'impianto normativo.

Mi riferisco innanzitutto a quella parte dell'art. 1, c. 6, nella quale è statuito che *"il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionali o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali"*. Tra i trattamenti sanitari vietati dalla deontologia professionale (art. 17 c.d.), c'è proprio "effettuare (e) favorire atti finalizzati a provocarne la morte". Rilevante, nel senso prospettato, è altresì il secondo comma dell'art. 2, dove, nella situazione drammatica del "paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte", quello che può fare il medico (e appunto mi sembra il confine 'estremo'), è solo *"astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati"*, ovvero, *"in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, ... ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore"*.

Dunque, la situazione che la Corte Costituzionale si è trovata davanti non era (e non è) quella di un legislatore assente, o assolutamente in ritardo rispetto ai tempi di evoluzione della domanda sociale di regolazione. Il Parlamento era appena intervenuto, e lo aveva fatto –contrariamente ad altri interventi sui terreni della bioetica (penso alla legge 40 del 2004)- mostrando consapevolezza e volontà di assecondare l'evoluzione giurisprudenziale che nel frattempo si era andata assestando.

E questo forse avrebbe potuto consigliare alla Corte Costituzionale un maggiore *self restraint*, o la scelta di linee argomentative più aderenti al caso oggetto del giudizio di legittimità costituzionale.

Provo ad essere più chiaro: La mia opinione è che la Corte abbia trasformato il 'caso Cappato' nel 'caso Dj Fabo'. Non era secondo me necessario o inevitabile, anche se evidentemente i due casi sono legati da un rapporto di derivazione l'uno dall'altro.

La Corte poteva chiudere il caso Cappato ragionando in termini di inapplicabilità alla vicenda dell'art. 580 c.p., almeno nella lettura rigorosissima risalente ad una sentenza della Corte di Cassazione del 1998 (sez. I pen., n. 3147 del 6/2/1998): interpretazione invece contestata e superata da pronunce di merito più recenti (vedi ad es. Trib. Vicenza, 14/10/2015, e CAPP Venezia, 10/5/2017), che hanno provato a capire (secondo me efficacemente) se fosse possibile tenere fuori dal raggio applicativo apparentemente amplissimo dato dalla formula dell'agevolazione "in qualsiasi modo", quelle situazioni in cui non solo non ci fosse alcuna incidenza o influenza sul processo deliberativo del malato nel senso del suicidio, ma non fosse riscontrabile una diretta connessione dell'attività di aiuto rispetto all'esecuzione in senso stretto del suicidio.

Insomma, si poteva salvare Cappato da un'ingiusta condanna, senza mettere in gioco il tema della configurabilità di un diritto a morire per mano di altri.

Invece la Corte ha voluto fare questo; ha voluto spostare in avanti il confine del dibattito sul fine vita. E con questa scelta bisogna fare i conti.

3. Non ho difficoltà ad ammettere che la mia posizione era (ed è ancora) quella racchiusa nell'evoluzione precedente alla decisione 207/2018: e cioè che il discrimine tra *"letting die or nature take its course"* e *"killing"* sia costituzionalmente ragionevole; che solo il rifiuto di cure abbia una diretta

copertura costituzionale dentro il contenitore di significati del diritto alla salute, mentre la prospettiva del diritto all'eutanasia e al suicidio medicalmente assistito possa contare su riferimenti assiologici molto più 'scivolosi' e contestati (oltre che 'indiretti')².

Certo, ho sempre pensato che su questi temi il confronto su basi costituzionali appare tutt'altro che idoneo a dare indicazioni univoche o definitive. Le risposte che possono essere ricavate dalla ricombinazione dei materiali argomentativi ricostruibili a partire dalle grandi e indeterminate categorie assiologiche come vita, salute, dignità, autonomia, non sono collocabili in modo netto su una ipotetica lavagna delle cose giuste e sbagliate.

Non si può negare che esistono situazioni in cui il confine prima ricordato scolora, diventa più difficilmente percepibile; tuttavia, la distinzione tra rifiutare le cure (anche fino a lasciarsi morire) e chiedere di essere uccisi o aiutati a morire, conserva una sua rilevanza, almeno 'ordinaria'.

Ci sono differenze oggettivamente plausibili tra le due ipotesi, che riguardano sia il dato oggettivo (vale a dire i 'mezzi' usati, la struttura ontologica del fatto, il rapporto tra malattia, intervento 'esterno', morte del malato, e in definitiva l'alterazione o l'adeguamento rispetto ai processi naturali della vita e della morte, e la tendenziale non istantaneità degli effetti di una decisione di rifiutare le cure, avvalorata oggi dalla possibilità di fare una pianificazione anticipata e condivisa, ex art. 5 della l. 219) che il dato soggettivo (relativo all'atteggiamento psicologico dei soggetti agenti, della specifica finalizzazione della condotta).

Queste differenze trovano un riscontro anche sul versante della collocazione costituzionale di queste ipotesi; almeno finora è stato così. Il diritto di morire per mano d'altri costituisce una situazione ancora molto contrastata sul piano giuridico, se si guarda all'esperienza comparata.

Un profilo molto rilevante è quello dell'alterazione dell'identità morale-professionale del medico. Si fa fatica ad accettare l'idea che l'assistenza al suicidio sia un atto medico, o che abbia a che fare con la salute del soggetto.

La disomogeneità delle situazioni non può non scaricarsi –con una differente intensità- anche sui timori e sui rischi di abuso (o di condizionamento dell'autodeterminazione) legati alle condizioni di debolezza e di vulnerabilità fisica e psicologica delle persone gravemente malate.

Infine, non può non essere considerato anche l'impatto che ammettere il suicidio medicalmente assistito può avere sul piano generale dei valori e delle norme sociali³, sulla percezione del valore della vita (che resta un bene fondamentale dentro quelle che possiamo chiamare le strutture profonde del diritto e della convivenza sociale).

4. La decisione della Corte Costituzionale invece sparglia le carte; e, come ho detto, su questo nuovo contesto dobbiamo riflettere.

L'andamento del ragionamento della Corte è, invero, tutt'altro che lineare. Il confronto tra la prima parte, che culmina con l'espressione secondo cui "*l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione*", e lo svolgimento successivo costruito attorno al caso concreto, sembra evidentemente testimoniare la difficoltà della Corte di pervenire ad un esito largamente condiviso.

Questo è uno di quei casi in cui vedrei con molto favore la previsione nel nostro ordinamento dell'istituto della *dissenting opinion*, soprattutto perché ne risulterebbe una maggiore chiarezza della motivazione della decisione alla fine

² A. D'Aloia, *Eutanasia (dir.cost.)*, in Dig. Disc. Pubbl., agg., vol. V, Torino, 2012, 300 ss.

³ Cass R. Sunstein, *The Right to Die*, in Yale Law Journal, 1997, 1143.

adottata.

5. Proviamo a fare un riepilogo dei passaggi argomentativi della Corte.

Per la Corte, la legge 219 permette già, al malato, di prendere la decisione di lasciarsi morire, *“con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua”*.

Inoltre, sempre la legislazione vigente riconosce la terapia del dolore come elemento fondamentale nel percorso di tutela della salute e della dignità della persona.

Questa può essere considerata la base sulla quale la Corte costruisce il suo ‘cambio di passo’ rispetto alla giurisprudenza precedente (e alla stessa legge 219); il tema del dolore del paziente subisce però, a sua volta, una doppia deviazione: perché da un lato la lentezza o la rapidità del processo del morire diventano un elemento da considerare in rapporto alla visione della dignità del paziente; dall’altro, diventa rilevante anche il profilo della ‘maggiore’ sofferenza per chi sta accanto al malato nel vederlo subire un più lento processo di indebolimento progressivo delle funzioni organiche fino alla morte.

Da questa premessa, che qualche perplessità solleva (almeno dal mio punto di vista) proprio per questa sovrapposizione di piani (la sofferenza del paziente e quella dei suoi cari; la liberazione dal dolore e la rapidità del processo del morire), la Corte deriva l’incostituzionalità del divieto assoluto di aiuto al suicidio, come elemento che *“finisce ... per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, ..., senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive”*.

In questo modo, come ho anticipato, la Corte decide di oltrepassare il confine rappresentato dalla differenza tra lasciare (o lasciarsi) morire e provocare (o darsi) la morte (ovvero ‘farsi aiutare a morire’, *“letting die or killing”*): un confine che non ha a che fare solo con una visione ‘naturalistica’ o religiosamente orientata’ della vita e dei suoi ‘processi’, ma è anche un connotato essenziale di definizione dell’attività e del ruolo professionale del medico.

Non posso soffermarmi su questo tema, ma è tutt’altro che scontata o pacifica l’accoglienza che questa decisione ha generato nell’ambito della professione medica. L’effetto di spiazzamento è stato forte e non è nascosto, ponendosi anche un problema di compatibilità (sicuramente improprio, almeno sul piano strettamente tecnico-giuridico, ora che l’aiuto al suicidio è assunto al livello di un diritto costituzionalmente protetto) con la normativa deontologica che continua a vietare al medico ogni adempimento che procuri la morte del paziente (art. 17 C.D.).

Ovviamente, non ha senso porre la questione in termini ‘oppositivi’. La partita, per la norma deontologica, è persa in partenza se dall’altro lato del campo c’è l’individuazione di un diritto (significato) costituzionalmente garantito, da parte del Giudice costituzionale.

Semmai, sorprende che il Giudice costituzionale non si sia nemmeno posto questo problema; e che l’ordinanza 207 non contenga alcun riferimento al codice deontologico. Eppure, la deontologia professionale viene richiamata dalla legge 219/2017 in un passaggio fondamentale relativo al rapporto tra medico e paziente (art. 1, comma 6). Senza contare che la stessa Corte

Costituzionale (penso alla sent. 282/2002), aveva richiamato il codice della deontologia professionale come riferimento rilevante *“all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica, ...”*; e altresì come presidio dell’autonomia del medico nelle sue scelte professionali e dell’obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali. Le sfide regolative poste dalle nuove *issues* legate allo sviluppo della scienza e della tecnologia biomedica richiedono una disponibilità all’ascolto, alla collaborazione tra ‘regolatori’ (e anche i giudici, in particolare quelli costituzionali, lo sono) e ‘regolati’. La discrezionalità politica pura è un errore, come giustamente ricorda la Corte nella richiamata decisione del 2002; ma forse può essere un errore anche una altrettanto ‘pura’ (nel senso di sganciata da un rapporto di connessione, anche eventualmente critica, con la dimensione professionale e deontologica) discrezionalità giurisprudenziale. Ad ogni modo, la posizione deontologica è ora sul tappeto; e non è escluso che possa avere un ruolo, o rappresentare un contributo, nella (ri)costruzione del parametro costituzionale e delle sue implicazioni pratiche, sia sull’attività del legislatore, sia nell’ipotesi in cui -come francamente appare scontato- si arrivi all’udienza del 24 settembre senza che il Parlamento abbia approvato una legge.

6. La difficoltà della decisione sembra confermata anche dalla sua particolare struttura, più simile in alcune parti alla decisione di un Giudice comune che non allo schema tipico di un giudizio costituzionale.

La casistica viene definita in termini apparentemente rigorosi.

Secondo la Corte, *“Il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”*.

Certo, patologia ‘irreversibile’ non significa necessariamente ‘terminale’ (e questo è un ulteriore scivolamento rispetto al dibattito classico –e ad alcuni precedenti legislativi (penso alle leggi di Stati americani come Oregon e Washington)- sulla legittimità del suicidio assistito o dell’eutanasia, che avvicina la soluzione ‘italiana’ ai modelli olandese e belga); e, d’altro canto, le ‘sofferenze psicologiche’ sono un contenitore difficile da circoscrivere, e da capire quando siano o diventino “assolutamente intollerabili”. La patologia rilevante poi, è solo fisica o anche psichica, o può avere caratteristiche combinate?

Alla fine, forse, l’elemento che appare oggettivamente più idoneo a limitare l’ambito di esplicazione di questo ‘nuovo diritto’ resta il riferimento alla condizione della persona di essere *tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale*.

Di questi problemi applicativi, del resto, la Corte è perfettamente consapevole. E infatti, la sua pronuncia prende la forma inedita del monito al legislatore ad intervenire sebbene con una sostanziale prospettazione di incostituzionalità.

La semplice e diretta dichiarazione di illegittimità costituzionale del divieto generale di aiuto al suicidio *“lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza*

preclusi tutti i possibili abusi”.

Troppi nodi non hanno un'unica possibilità di soluzione: le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo “processo medicalizzato”, l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale (o al medico in senso stretto, come è in Belgio), la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura (che personalmente vedrei come necessaria).

Ma soprattutto, la Corte non vuole che l'ammissibilità del suicidio assistito finisca col diventare uno strumento ‘ordinario’, che travolge i presidi di assistenza e di terapia del dolore che invece devono continuare ad essere la prima e principale risposta al bisogno di dignità e di liberazione dal dolore delle persone malate. Per la Corte, *“Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”.*

Questo è un passaggio che dal mio punto di vista è fondamentale.

Come ho sostenuto in altra sede, la richiesta di essere aiutati a morire può nascondere anche un bisogno di servizi adeguati ai malati in condizioni terminali e ai loro problemi esistenziali e familiari, servizi che siano capaci di dare forma ad una esigenza di solidarietà materiale e sociale, e che purtroppo nel nostro Paese appaiono, soprattutto in alcune aree, ancora lontani da condizioni di effettività adeguati e corrispondenti all'indirizzo legislativo.

La richiesta di suicidio è una scelta che uno Stato consapevole dei suoi doveri di solidarietà e di tutela dei diritti fondamentali della persona deve evitare o contrastare anche in questo modo, facendo di tutto affinché il malato possa avere fino all'ultimo una qualità della vita rispettosa della sua dignità. Anche così, vorrei dire soprattutto così, si potrebbe contribuire a rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo della persona umana, che è uno dei compiti fondamentali della Repubblica secondo il capoverso dell'art. 3 della Costituzione.

7. Torniamo ai contenuti della ordinanza 207.

Il risultato del pronunciamento del Giudice delle leggi appare chiaro nella sua declinazione costituzionale. Esiste un diritto di essere aiutati a morire, in alcuni casi anche mediante un intervento diretto a provocare la morte; e non soltanto attraverso il riconoscimento del rifiuto o della rinuncia alle cure.

Sicuramente, siamo di fronte ad una ‘ricollocazione’ del ragionamento costituzionale, su un profilo finora ritenuto non coperto da una chiara indicazione costituzionale.

L'argomento della dignità è ‘decisivo’ nell'opinione della Corte Costituzionale.

Mi sembra evidente che la dignità cui allude la Corte sia ricostruita in una forte connessione con la situazione individuale e soggettiva di Dj Fabo. E' la ‘sua’ dignità che viene in gioco, come ‘raccontata’ nella vicenda processuale da cui ha preso le mosse il giudizio costituzionale.

Per certi versi, si tratta di una prospettiva inevitabile.

Sarebbe impossibile, e anche inutile, espungere da concetti come ‘dignità’, o ‘vita’, o ‘salute’, i significati autenticamente personali, quello che rappresenta il modo ‘soggettivo’ in cui ciascuno di noi guarda a (e vive) queste nozioni nella sua esperienza (singola e relazionale).

La verità è che l'appello a questi concetti non risolve il conflitto etico; lo sposta su un piano dove, dietro le formule normative, che hanno un'evidente impronta valutativa, premono orientamenti ‘pregiuridici’ (moralì, filosofici, religiosi) ed esperienze (i fatti che cambiano il nostro modo di percepire le situazioni, di

rapportarci ad esse), ed è fatale che questi due fattori rendano i principi (e le clausole indeterminate nelle quali essi sono 'raffigurati') suscettibili di prestarsi a schemi di ragionamento e a linee di interpretazione /attuazione distanti e, a volte, persino inconciliabili.

Una frase di G. Zagrebelsky rende perfettamente questa condizione: *"Guardiamo le argomentazioni dei nostri tribunali Costituzionali: quando essi trattano grandi questioni (ad esempio quelle relative agli status personali, ai problemi della nascita, della vita e della morte), esse assomigliano più a trattazioni in "diritto naturale" che a dimostrazioni in "diritto positivo". Il richiamo a un principio scritto nella costituzione è spesso solo il modo per aprire una discussione che si sposta altrove [...]"*.

Insomma, la dignità contiene certamente una dimensione oggettiva, 'comune', che può avere riflessi condivisi e prescrittivi anche sul terreno dei dilemmi bioetici e biogiuridici (si pensi all'art. 3 della Carta dei dir. fond. UE, e ora alla sent. della Corte Cost. 141/2019).

Ma non è solo questo. Dentro la categoria della dignità c'è anche l'autodeterminazione, l'autonomia morale di un soggetto, i suoi convincimenti più intimi e profondi, la sua 'unicità' di percezione esistenziale.

Non si tratta di giudicare meno dignitosa una vita malata arrivata ad uno stadio finale di sofferenza. Nessuno 'dall'esterno' dovrebbe poterlo fare. Una cosa diversa però è se questo giudizio (o sensazione) proviene dalla stessa persona che vive una determinata situazione di sofferenza insopportabile e ormai senza speranza.

Posso allora condividere, da un lato, la tesi, espressa con grande coerenza e profondità di argomenti⁴, che la dignità non sia solo un valore solo individuale, che al suo interno ci sia un nucleo oggettivo che ha a che fare con l'esistenza stessa della persona; non credo tuttavia che questa convinzione possa arrivare fino al punto da fondare una sorta di indisponibilità della vita (e delle scelte di fine vita), o di dovere di vivere, in quei contesti in cui la prosecuzione della vita si trasforma in una condizione 'artificiale' o gravata da sofferenze estreme e senza speranze (o addirittura 'terminale').

Per questo, penso che la dignità possa avere un ruolo nelle scelte di fine vita, certamente nel senso di consentire –alla stregua di un vero e proprio diritto- che un soggetto rifiuti o chieda di interrompere trattamenti terapeutici, anche *life-sustaining*.

Nel caso qui in esame, siamo andati oltre questa linea. Non è più semplicemente (ma in realtà non è mai 'semplice') lasciare che una malattia *"take its course"*, ma chiedere di essere aiutati a morire, a darsi la morte.

E' vero, come ho detto anche prima, che ci sono molte 'zone grigie' dove questa distinzione si assottiglia. La differenza però c'è, e non credo che possa risolversi tutta sul tema della dignità.

A mio parere, l'equilibrio raggiunto con la sentenza Englaro, la I. 219/17, l'ammissibilità della sedazione palliativa profonda continua, il riconoscimento della rilevanza fondamentale delle cure palliative e della terapia del dolore, costituiva (costituisce), nel complesso, una risposta ragionevole -e coerente con i principi costituzionali- alla esigenza di un maggiore controllo individuale sulle fasi finali della propria vita nelle situazioni patologiche estreme.

Ammettere che si possa chiedere (e ottenere) di essere aiutati a morire, o di essere uccisi, è uno slittamento rispetto a questo stadio del dibattito etico-giuridico, non altrettanto saldo sul piano degli agganci costituzionali (almeno in rapporto all'art. 32), che al tempo stesso irrompe in modo tutt'altro che pacifico

4 Vedi ancora A. Ruggeri, *Fraintendimenti concettuali...*, in Consulta online, 2019, 99-100.

e incontroverso sul terreno dell'autonomia (e dell'identità) professionale e deontologica del medico.

La dignità a sua volta è tante cose insieme, una condizione di equilibrio anch'essa tra esperienze personali ed elementi oggettivi. Il modo di vivere la fine della propria vita è certamente un pezzo fondamentale della propria autentica e irriducibile visione della dignità.

Questo non significa che tutto possa giustificarsi in nome della dignità individuale, pur astrattamente riconoscibile come parametro della questione. La scelta delle modalità di tutelare la dignità umana si incrocia con altri elementi e valori, e deve trovare con essi un bilanciamento ragionevole. E' così, del resto, per ogni principio-valore costituzionale.

Ho qualche perplessità che questa ricerca di un ragionevole equilibrio tra i "fondamentali beni costituzionali coinvolti" (secondo la formula usata da Corte Cost., ord. 334/2008) sia stata mantenuta nell'ordinanza 207/2018.

La parola adesso –almeno temporaneamente- è tornata al legislatore.

In un modo o nell'altro, la re-azione del legislatore, soprattutto se si concretizzerà in un intervento normativo di modifica del quadro attualmente valutato dalla Corte Costituzionale, potrebbe consentire al Giudice costituzionale di 'affinare' e precisare i termini della sua interpretazione costituzionale.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale, Università di Parma