

Presentazione risultati ricerca FIRB - Trento 17 maggio 2012*

di Antonio D'Aloia**

I risultati della ricerca in larga parte li abbiamo già presentati in diverse circostanze. Voglio solo ricordare la voce Eutanasia (dir. Cost.) del Digesto delle Discipline Pubblicistiche, e i due volumi, quello del 2011 (Il diritto e la vita. Un dialogo italo-spagnolo su aborto ed eutanasia, Napoli, Jovene), e l'ultimo appena uscito (Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni, casi, Napoli-Parma, E.S.I.).

Abbiamo lavorato con una certa continuità. Ci sono state varie tappe intermedie sia del progetto complessivo, sia con riferimento ai lavori dell'unità napoletana, che poi si è allargata fino ad assorbire l'unità di Parma.

Per quanto riguarda l'ultimo volume, in cui sono confluiti gli atti del Convegno internazionale di Napoli del maggio 2011, esso si compone di ben 42 contributi, che possono dirsi davvero collettivi, non solo perché trattano tutte le questioni che attengono ai dilemmi della fine della vita, ma perché dentro questo libro, e quindi come esito di questa ricerca, si è riusciti a mettere a confronto posizioni che sono state anche molto diverse tra di loro. Per questo, viene fuori un quadro abbastanza attendibile dei problemi e delle tensioni che hanno accompagnato la riflessione su questo tema.

Qui a Trento sono insieme a me alcuni colleghi e componenti del gruppo di ricerca, che presentano papers su profili tematici che in un certo senso completano il disegno sul quale ci siamo concentrati nel convegno napoletano, e che non avevamo ancora trattato, o perlomeno non con la stessa intensità.

* La presente relazione costituisce una mera trascrizione dell'intervento svolto in occasione dell'incontro finale di presentazione dei risultati della ricerca FIRB "Innovazioni biotecnologiche e diritti della persona: uno studio interdisciplinare e comparato". Si è voluto conservare il tono e la struttura 'orale' dell'intervento. Per una trattazione più approfondita dei diversi temi si rinvia, tra gli altri contributi, alla voce Eutanasia (dir.cost.), in Digesto delle disc. Pubbl., Torino, 2012, e al volume "Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni, casi", Napoli, E.S.I., 2012.

** Professore Ordinario di Diritto Costituzionale nell'Università di Parma, e in precedenza, nell'Università di Napoli Federico II.

In particolare, gli interventi riguarderanno la recente giurisprudenza indiana sulla interruzione dei trattamenti life-sustaining, il tema delle cure palliative, quello del rapporto tra fine vita e trapianti, gli elementi di flessibilità nel diritto, in particolare con riferimento all'applicazione del Suicide Act, l'amministrazione di sostegno con particolare riferimento alla utilizzazione che di questo istituto si sta facendo in senso anche compensativo rispetto all'assenza di una disciplina organica delle direttive anticipate di trattamento e delle decisioni di fine vita.

Il periodo della ricerca ha coinciso con una fase di grandissime controversie etiche e giuridiche sul tema del fine-vita.

Solo in Italia, è stato il periodo del caso Englaro, della reazione furibonda sul piano legislativo e amministrativo rispetto ad un orientamento della Corte Suprema di Cassazione; anche fuori dall'Italia si sono registrate molte novità, con interventi di Corti Supreme, sia quelle che guardiamo sempre con maggiore attenzione (il BVG e la Corte Suprema della Germania, il Tribunale Costituzionale spagnolo, la Corte edu), sia altre Corti alle quali non guardiamo con la stessa frequenza, che però hanno preso posizioni molto significative su questo tema, come la Corte Suprema indiana, la Corte suprema del Montana, la Corte Suprema della Corea del Sud, e da ultimo la Corte Suprema del Canada.

Il tema ha mostrato in questo periodo tutta la sua profonda, vorrei dire anche traumatica connessione con il diritto costituzionale, in entrambi i suoi versanti fondamentali, quello dei diritti e delle categorie concettuali dei principi, che sono legati al tema dei diritti fondamentali; e quello dei poteri, cioè, di chi decide sulle questioni di fine-vita, a parte il rapporto tra medico, paziente, ed eventualmente familiari di quest'ultimo, e in che modo chi decide deve rapportarsi al diverso piano della legittimazione scientifica e delle cognizioni scientifiche.

In sostanza la morte, che un tempo era rilevante per il diritto quasi solo per le conseguenze nei confronti di terzi (mi riferisco ai problemi della responsabilità o della successione per causa di morte), è diventata un nodo centrale nel dibattito costituzionale contemporaneo. Una sorte di marker particolarmente sensibile a cogliere innanzitutto le metamorfosi del linguaggio dei diritti prodotte proprio dalla evoluzione tecnologica. Metamorfosi che possiamo riassumere in due grandi schemi: da un lato nuove istanze che in qualche misura assecondano lo sviluppo tecnologico, e vanno a coprire campi che erano prima non praticabili e che in qualche modo sono stati aperti dallo sviluppo tecnologico (pensiamo al diritto di cambiare sesso o al diritto di procreare con metodi non naturali); dall'altro, istanze che assumono talvolta una impronta quasi resistenziale, ed è il caso proprio dei diritti collegati al fine vita, di fronte ad una morte che da fatto naturale diventa un processo sempre più governato dalla tecnica e dalla artificialità.

Un processo talvolta molto lungo, in cui appunto è possibile prendere delle decisioni, fare delle scelte.

E' molto complicato orientarsi tra gli elementi che sono sul tappeto. Per quanto riguarda questo tema, i diritti, i principi, le clausole costituzionali che sono richiamati nella complessa fenomenologia del fine vita, sembrano potersi adattare a letture molto differenti tra di loro. Ed è inevitabile che dietro le operazioni interpretative rispetto a queste clausole/principi, ci siano premesse morali che hanno un forte impatto di orientamento poi sulle conclusioni alle quali si perviene.

Come c'è stato ricordato autorevolmente in un volume intitolato significativamente "fragilità e forza dello stato costituzionale", il richiamo ad un principio scritto nella costituzione è a volte solo un modo per aprire una discussione che si sposta altrove.

Si parla di dignità, di vita, di salute, di benessere, ma spesso non ci si intende sul significato di questi concetti; o meglio, il conflitto si muove all'interno della stessa categoria assiologica. Il che, conferisce un valore parziale al richiamo argomentativo

che viene fatto a questi concetti.

Tanto per fare un esempio sul tema in esame, anche chi sostiene le ragioni di una maggiore apertura nel riconoscimento giuridico della possibilità di controllare la possibilità di controllare le fasi finali della propria esistenza in una condizione di malattia terminale, lo fa invocando il valore della vita, il “suo” modo di intendere la vita, di dare e mantenere un orizzonte di senso e di qualità alla vita medesima.

Considerazioni analoghe possono essere fatte per la nozione di dignità. Certamente ci sono nel concetto di dignità delle soglie oggettive, dei nuclei duri ed indeclinabili. Ma certo, la ricerca di significati della dignità in un ambiente costituzionale dominato dalla opzione metodologica della ragionevolezza e del pluralismo etico non può prescindere dall'adattamento del principio alle diverse situazioni concrete, e dalla rilevanza nella sua ricostruzione dell'autonomia personale di ciascun soggetto, delle concezioni che ciascuno ha di se stesso e che rilevano poi nelle scelte fondamentali.

In altre parole la dignità non può significare per tutti, e in tutte le circostanze, la stessa cosa. Altrimenti finirebbe per contraddire il suo senso più profondo, che è nella capacità di ciascuno di determinarsi secondo la propria visione della vita e della dignità.

Chiedere alla costituzione di dare una risposta secca ed univoca sull'ammissibilità e sui limiti del fenomeno “eutanasia” (che però a sua volta è fatto di tante cose, bisognerebbe chiedersi se il concetto stesso di eutanasia non sia poco rappresentativo rispetto a tutta questa realtà molto più varia) è un obiettivo che rischia forse di essere troppo ambizioso e persino ingenuo. Su molte cose le formule costituzionali che si riferiscono a questo tema, hanno una bassa capacità orientativa, come si è potuto riscontrare proprio con i principi in tema di tutela della vita e della dignità umana. Forse qualche risposta più solida può venire dalla configurazione costituzionale del bene della salute, almeno su alcuni stadi della tematica del cosiddetto “*end of life decision making*”.

Certamente le opzioni morali sono forti anche in relazione al modo di intendere la salute

e la disponibilità della medesima; parlare di salute significa fare riferimento comunque ad un'idea di sé che tiene insieme fisicità e appunto dimensione psichica, interiore, morale di ciascuna persona. Tuttavia, almeno così mi sembra, questi aspetti appaiono qui più circoscritti, più limitati da un insieme più visibile di contenuti normativi di elementi oggettivi di quanto non possa avvenire per concetti come vita e dignità umana, ma su questo magari tornerò dopo.

Quanto al secondo versante, di cui parlavo all'inizio, il caso Englaro in particolare ci ha regalato un intero campionario di conflitti tra poteri. Nell'ambito del quale (in questa sede non posso parlare di tutto), ci sono state circolari ministeriali, strutture sanitarie pubbliche che hanno fatto in qualche modo resistenza ad una sentenza della magistratura, interventi del legislatore con un decreto legge: insomma, un complicato groviglio.

Ma, quello che è emerso è soprattutto il tema del rapporto tra giudice e legge, tra decisione giudiziaria e disciplina legislativa, che credo sia una costante dei casi e dei problemi in tema di bioetica.

In linea così riassuntiva, alla luce di quello che è emerso, credo si possa dire che il biodiritto può essere considerato un diritto contemporaneamente giurisprudenziale e legislativo, proprio per come è venuto a strutturarsi.

In genere la scoperta dei problemi, la prima elaborazione dei medesimi, l'hanno fatta sempre i giudici. In tutti i settori della bioetica, e certamente nel fine-vita. Dopo di che abbiamo avuto dinamiche di tipo diverso: o collaborative, integrative (il caso Quinlan diede vita poi alla stagione delle leggi sulle direttive anticipate in quasi tutti gli Stati americani); oppure, fortemente conflittuali, come nel caso Englaro o anche in America nel caso di Terry Schiavo, con un inseguimento tra giudice e legislatore abbastanza aspro nelle polemiche e nella divaricazione di posizioni.

Ad ogni modo, l'attività del giudice è una risorsa importante del biodiritto, anche per una serie di qualità che il diritto giurisprudenziale ha rispetto al diritto legislativo.

Innanzitutto il giudice non può dire “non mi occupo di questo”. Di fronte a un caso, che non ha una base normativa, o non ha una base normativa chiara, il giudice ha comunque il dovere di prendere una decisione, di farlo con i materiali che sono a sua disposizione.

In secondo luogo il giudice deve motivare le sue decisioni e questo è un fattore importante perchè la motivazione favorisce quella che David Strauss chiama la “humility”, cioè una delle caratteristiche fondamentali della common law, cioè la consapevolezza che ciò che uno fa o decide entra poi in una dimensione di valutazione da parte degli altri giudici, da parte della dottrina, e delle stesse parti del caso che è in discussione; la consapevolezza, in altre parole, di non essere soli, e quindi di dover prendere una decisione che in qualche modo si iscrive all'interno di una catena di argomentazioni razionali.

Terzo fondamentale elemento, il giudice vede il caso nella sua irriducibile varietà. Ed è qualcosa che il legislatore non può mai afferrare. E nel vedere il caso, il giudice ha una straordinaria capacità di adattare la risposta giuridica.

E questo vale poi anche quando alla fine il legislatore interviene. Come è successo in molti paesi, l'intervento del legislatore non blocca poi l'ulteriore intervento del giudice. Apre solo un'altra fase. Perchè comunque la legge va adattata interpretativamente ai diversi casi, perchè comunque il giudice ha la possibilità di sollevare la questione di legittimità costituzionale, o di sottoporre la legge a quella che ritiene essere l'interpretazione costituzionalmente conforme.

Peraltro, quello che è avvenuto, lo dico rapidamente, in questo settore, è che in questo rapporto tra giudice e legge, in questo rapporto che non è più di soggezione unilaterale, ma è un rapporto circolare, di scambio di significati, sono entrati e cominciano sempre di più ad entrare nel ragionamento del giudice anche materiali “esterni”.

Si registra un dialogo sempre più forte tra culture giuridiche. Il giudice italiano che rafforza la sua argomentazione richiamando argomentazioni su casi simili di giudici francesi, tedeschi, americani. Insomma, emerge la necessità di fronte ad un problema, ai nuovi problemi posti dalle tecnologie, che sono normalmente problemi a-territoriali, di dare una risposta che in qualche modo sia consapevole anche di quello che avviene in altre realtà giuridiche e sociali.

Per provare a chiudere su questo punto, allora, bisogna chiedersi se una legge sul fine vita serve, in una situazione come la nostra in cui ancora non c'è, nonostante l'immediato contropiede che a un certo punto è stato tentato dal legislatore dopo la vicenda Englaro. La risposta è: "dipende". Io penso di sì, continuo a pensare che sia necessaria una legge sul fine-vita, ma è chiaro che è una risposta che implica anche una valutazione su "quale" legge, su "quali contenuti".

Su questo poi dirò qualcosa in conclusione. Io penso che serva una legge perchè sono convinto che il dibattito su queste fondamentali opzioni, su queste scelte che poi hanno una forte importanza sociale, non può rimanere confinato nel cerchio delle situazioni concrete individuali, affidata ad un contesto normativo sul quale ci sono ancora troppe incertezze, e casi altrettanto fondamentali rischiano di essere esposti a valutazioni diverse.

Certo, come si è detto prima, l'assenza di una legge non corrisponde più ad una situazione di vuoto normativo come si scriveva fino a 10-15 anni fa.

In particolare la salute, il modo di intendere il diritto alla salute, è diventato un punto di attacco stabile, abbastanza consolidato del tema del fine vita. Un principio sul quale ormai, pur con alcune complicazioni e insufficienze (ci ricordava Meisel a Napoli che l'informazione a volte può essere troppa oppure troppo complessa: *information overload*), l'eccesso di burocratizzazione (a volte il consenso informato sembra più

essere un modo per evitare noie e problemi di responsabilità legale del medico), il fatto stesso che in alcuni casi non basti il consenso informato (la sentenza della Cass. Penale del 2011 in cui viene confermata la condanna di un medico che aveva operato una donna pur con il suo consenso ma con un intervento chirurgico oggettivamente sproporzionato rispetto alla condizione clinica del soggetto), si vanno consolidando esiti interpretativi abbastanza stabili, è quello del consenso informato del soggetto malato, come elemento di legittimazione fondamentale della relazione tra medico e paziente.

Si tratta di un principio che ha un aggancio costituzionale molto marcato.

Certo anche qui non bisogna dare per scontato che non ci siano ancora resistenze, tentativi di letture diverse. Anche in un documento del Comitato nazionale di bioetica si continua a dire che “in fondo l'art. 32 era stato scritto per un'altra cosa. Era stato scritto pensando ad altro, al problema della sperimentazione coattiva”. Ma mi sembra questo un argomento troppo fragile proprio sul piano del “significato attraverso il tempo” delle norme costituzionali.

Molti dei risultati che noi oggi rivendichiamo come decisivi nel qualificare la nostra identità costituzionale, sul piano dei diritti, sul piano delle strategie di attuazione del principio di eguaglianza, sono il prodotto di una lettura dei riferimenti costituzionali che è andata necessariamente oltre l'orizzonte degli interessi e dei problemi che il costituente aveva davanti a sé quando ha definito le norme costituzionali (penso solo al tema dell'eguaglianza tra i sessi ma gli esempi potrebbero essere tanti).

Da un diverso punto di vista, poi, secondo me è sbagliato caricare di troppi significati l'altra configurazione del diritto alla salute come “interesse della collettività”. Qualcuno insiste su questo punto, sottolineando che l'art. 32 è l'unico articolo in cui si dice che un diritto è anche un interesse della collettività.

A parte il fatto che secondo me tutti i diritti contengono una prospettiva teleologica che è anche collettiva oltre che individuale, tutti i diritti hanno un impatto che non si

esaurisce soltanto nella dimensione individuale; non credo tuttavia, che il riferimento all'interesse della collettività possa essere una limitazione al diritto individuale, anche di scegliere di non curarsi. Anche quando questo rifiuto, questa rinuncia alle cure, possa poi accelerare o comunque lasciare la malattia senza più alcun presidio.

Io non credo che chi abbia questa posizione, questo atteggiamento, manifesti una cultura della morte o manifesti una posizione meramente egoistica, non relazionale, che non abbia anche il senso della responsabilità che si deve agli altri che ci sono accanto e che certamente sono investiti dalla nostra decisione. Non credo in altre parole che ci possa essere un interesse della collettività così profondo da imporre, in nome di doveri inderogabili di solidarietà verso gli altri, una sorta di testimonianza eroica dei progressi della tecnica medica. Perché di questo si tratta, almeno nei casi che la cronaca più recente ha rilanciato all'attenzione del diritto e della decisione giudiziaria.

I principali casi su cui la ricerca si è confrontata, su cui in questi anni si sono poi posti i problemi in tema di fine-vita, sono tutti casi che si pongono sui confini del diritto a rifiutare le cure, qualcuno dice anche oltre questi confini, per ragioni che riguardano sia il profilo volontaristico, sia del rapporto soggettivo tra la scelta di non curarsi o di interrompere e l'evento mortale. Il riferimento è ai trattamenti di sostegno vitale.

Su queste deviazioni dal binario apparentemente lineare del rifiuto di cure ci si è dovuti confrontare.

La prima questione: la distinzione tra "lasciar morire" o "lasciarsi morire" da un lato, e uccidere o assistere qualcuno nel suicidio, dall'altro. Un criterio tanto netto nella sua formulazione teorica quanto incerto nella sua applicazione ad alcune situazioni concrete.

Sta di fatto che questa linea di distinzione la ritroviamo ancora in molte sentenze, della Corte Suprema americana, della Corte edu, ma anche nella Cassazione sul caso Englaro.

Io continuo a pensare che questa linea di distinzione sia ancora in grado di reggere, almeno nella "medietà" dei casi e delle ipotesi che possano riallacciarsi attorno al

contenitore dell'eutanasia, possa ancora funzionare, anche se mi rendo conto che ci sono alcune situazioni in cui davvero è difficile mantenerla perchè rifiutare una cura o interromperla produce immediatamente l'esito infausto.

Continuo a pensare però che nel caso di Piergiorgio Welby la sua morte sia stata la conseguenza della sua malattia. Che il distacco della macchina per la ventilazione artificiale, richiesta reiteratamente da lui, non è stata la causa vera e diretta della morte.

Ha invece, per così dire, eliminato l'unico ostacolo al prodursi degli effetti finali di una malattia terribile e devastante. E ritengo, e ho provato a spiegarlo in vari contributi, che ci sia anche una differenza tra i casi, diversamente trattati, di Miss B. e di Diane Pretty.

Un caso limite è poi quello dello stato vegetativo permanente, anche se si discute molto sulla possibilità stessa di mantenere questo aggettivo, perchè oggettivamente la situazione che qui viene a crearsi è quella di una malattia che paradossalmente ha già esaurito tutti i suoi effetti. Non ne ha altri da realizzare nel momento in cui vengono rimossi i presidi terapeutici.

Certo, almeno la mia posizione è questa, anche qui, sebbene non ci sia una malattia che progredisca naturalmente, c'è un organismo che non è più in grado di funzionare da solo, che non è più in grado di sostenere le funzioni vitali se non aiutato dalla tecnica, e quindi anche qui sospendere il sostegno vitale potrebbe essere considerato come una scelta di non impedire più la morte piuttosto che non una scelta di determinare la morte.

Un ritrarsi della tecnica di fronte un processo di consumazione della vita che è ormai diventato irreversibile.

Poche sintetiche considerazioni voglio dedicarle ai casi che vanno palesemente oltre il rifiuto di cure.

Ci sono tanti paesi dove la legislazione e la giurisprudenza riconoscono l'eutanasia o il suicidio assistito, Whashington, Montana, Oregon e poi Olanda, Belgio, la Corte

Suprema della Colombia: tutta una serie di situazioni e di contesti in cui la linea di distinzione è stata in un certo senso travolta.

Sul piano costituzionale è possibile ancora fare una distinzione tra questi due temi/ipotesi?. Provo a dire perchè secondo me è possibile ed è diciamo rilevante sul piano costituzionale la distinzione tra una vita che finisce naturalmente, anche se dietro all'abbandono del processo naturale c'è una scelta astensiva rispetto alla terapia, e una vita che invece finisce sulla base di una condotta a ciò specificamente e direttamente finalizzata. In primo luogo il diritto a rifiutare il trattamento medico è dentro il diritto alla salute, ne costituisce l'altra faccia, la parte nascosta, non coercibile come scelta autonoma che presuppone anche valutazioni morali e interiori.

Non si può dire secondo me lo stesso per il preteso diritto di essere uccisi o di essere aiutati a morire in circostanze di malattia terminale. La Costituzione non lo riconosce, nessuna costituzione lo fa.

E' vero che questo non significa automaticamente che si tratti di un comportamento apertamente e assolutamente vietato. Tra riconoscere un comportamento come diritto e invece vietarlo c'è una fascia intermedia di possibili soluzioni regolative. Tuttavia sono due ipotesi alle quali non è possibile, o non è ancora possibile, dal mio punto di vista, attribuire lo stesso grado di copertura costituzionale. L'una, il diritto di rifiutare le cure, è radicata su una situazione soggettiva chiaramente riconosciuta e protetta dalla costituzione: direttamente, attraverso il richiamo al diritto alla salute come diritto individuale non sottoponibile a trattamenti obbligatori; o indirettamente, attraverso il richiamo a clausole dal significato ampio come quelle del *due process*, *della privacy ecc.* L'altra, quella del diritto all'eutanasia o al suicidio medicalmente assistito non può contare sullo stesso aggancio costituzionale.

Certo, capisco l'obiezione che mi può essere rivolta. Anche qui il riferimento costituzionale potrebbe essere ricostruito in via indiretta, all'ombra di significati e di

clausole come la libertà e l'autonomia morale di ciascuno o il pieno sviluppo della persona. Ma appunto siamo di fronte ad operazioni ancora troppo complesse, eccentriche, rispetto al processo di accumulazione di contenuti che ha riguardato le figure tipiche del diritto di rifiutare le cure.

Un' ultima considerazione su “quale legge” per le tematiche di fine vita.

Nella sentenza del 2008 in cui la Corte Costituzionale risolveva lo strano conflitto di attribuzioni sollevato dalle Camere contro le decisioni sul caso Englaro, la Corte poneva come obiettivo quello di “cercare adeguati punti di equilibrio tra i fondamentali beni costituzionali coinvolti”.

Che significa “cercare adeguati punti di equilibrio”. Sul piano metodologico dovrebbe significare secondo me almeno due cose: in primo luogo il legislatore dovrebbe abbandonare la tentazione di fare da solo, trascurando il contributo importante che può venire da altri soggetti e da altre risorse procedurali. Con riguardo alle decisioni di fine vita si sono ormai delineati dei punti di consolidamento nell'interpretazione giudiziaria, e nella prassi medica, anche alla luce del codice deontologico. Sarebbe sbagliato pensare di accantonarli completamente caricandosi una responsabilità esclusiva che poi non riuscirebbe a reggere l'impatto della domanda sociale. L'errore del ddl Calabrò è stato ed è proprio questo: aver pensato ad una legge sul fine vita in realtà per regolare i conti con la magistratura, per prendersi una sorta di rivincita rispetto all'esito del conflitto di attribuzione, allo scontro con il Presidente della Repubblica sul decreto legge e al fallimento delle altre iniziative.

Secondo profilo: il rapporto tra discrezionalità politica e dato tecnico-scientifico. Sulle questioni bioetiche e quindi anche sui casi di fine vita, l'evoluzione delle cognizioni scientifiche e delle soluzioni tecnico applicative, piaccia o no è un fattore di coproduzione del diritto. Il modo in cui la scienza medica definisce situazioni come lo

svp o tecniche come la nia o standard per accertare le condizioni cliniche del soggetto, sono cose che non possono essere estromesse dal processo di configurazione giuridico-normativa di questi stessi elementi. La razionalità scientifica diventa in relazione a questi argomenti, un pezzo del giudizio di ragionevolezza e di legittimità costituzionale della legge.

Anche la sent. 151 del 2009, in tema di pma, ci dà un importante saggio di questa necessità di dialogo tra i due sistemi, quello politico-legislativo e quello scientifico, come elemento di qualità sostanziale del prodotto normativo.

C'è un'altra non meno importante strada che il legislatore dovrebbe percorrere rispetto a questa nuova domanda di diritto. Il legislatore deve avvertire come fondamentale anche il compito di offrire dei rimedi alla solitudine talvolta disperata dei pazienti in condizioni terminali e inguaribili e delle loro famiglie.

Chi chiede di essere lasciato o aiutato a morire non lo fa solo perchè le sofferenze e i sintomi esteriori della malattia sono o possono essere insostenibili. Spesso una richiesta di questo tipo nasconde anche un'esigenza diversa: di solidarietà materiale e sociale, di servizi adeguati ai malati in condizioni terminali e ai loro bisogni esistenziali in questa delicatissima ultima fase della vita. La promozione effettiva allora delle cure palliative, la creazione di molte strutture di assistenza e di sostegno materiale e psicologico per il malato e i suoi familiari, l'incentivazione del modello degli *hospice*, l'individuazione come livelli essenziali di determinate risorse, possono costituire una alternativa concreta per consentire di mantenere fino alla fine la qualità e il senso umano della propria esistenza. Anche su questo la nostra costituzione, penso soprattutto all'art. 38 è più significativa ed attuale di quanto talvolta si pensi.