

IL DIRITTO DI NASCERE E DI MORIRE ... E IL CAOS ...

di **Mario Pavone**

<https://www.politicainsieme.com/il-diritto-di-nascere-e-di-morire-e-il-caos-2-di-mario-pavone/>

Oct 4, 2026

Nel caos derivante dalla emanazione di nuove leggi regionali sul c.d. fine vita, sebbene sia una materia riservata alla legislazione statale, alcuni commentatori ritengono che tale situazione è stata generata dallo stallo dei lavori parlamentari sulla pur delicata questione.

Nondimeno le leggi regionali sin qui approvate non soddisfano le aspettative di chi ritiene l'incostituzionalità di tali provvedimenti, come più volte sostenuto su questa rivista anche da chi scrive, prescindendo dai lavori parlamentari e dal dibattito in corso nel Paese.

È evidente che occorra trovare una corretta soluzione che soddisfi un'esigenza di fondo:

Il malato terminale quando e se può decidere di mettere fine alla propria esistenza?

Come ha sostenuto **M. Invero Ascione** sulle pagine del *Corriere della Sera* del 23 giugno 2026 con un pregevole scritto, sulla delicata questione, ricco di spunti di riflessione.

Invero, la Consulta è stata chiamata più volte a pronunciarsi sul tema mentre la politica pare defilarsi come se il problema fosse solo dei malati.

In particolare la Corte delle Leggi si è dovuta occupare del concetto di "sostegno vitale" che, proprio in base a una storica sentenza, ne costituisce uno dei requisiti per poter chiedere il suicidio assistito.

Peraltro, gli stessi giudici hanno dovuto allargare, per un principio di uguaglianza, il perimetro del "sostegno vitale", non limitandolo più al solo utilizzo di macchinari senza i quali il paziente morirebbe, ma estendendolo anche ad altri trattamenti salvavita come le c.d. "cure palliative".

Gli altri requisiti abilitanti al "percorso suicidario" sono che il malato sia affetto da patologia irreversibile, che questa condizione sia fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche e che la persona sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli, requisito essenziale per l'autorizzazione.

Ed è questo quest'ultimo il problema più rilevante da affrontare per i giudici della Consulta ossia sempre quello del consenso liberamente espresso di cui è lecito dubitare per i malati terminali, come ribadito dalla dottrina più autorevole.

Il consenso libero ed informato

Come ricordano gli studiosi della materia, se è vero che in questi ultimi tempi l'evoluzione della scienza e l'utilizzo sempre più marcato di sofisticate biotecnologie che hanno reso possibile la cura ed il controllo in passato neppure immaginabili di molte gravi patologie che hanno portato alla scoperta di trattamenti che, senza procurare la guarigione, possono tuttavia prostrarre per un tempo indefinito l'esistenza, in una dolorosa scissione tra vita biologica e vita biografica, la consapevolezza del gesto ed il consenso agli stessi è apparso indispensabile.

Sta di fatto che i progressi sul piano scientifico hanno, al tempo stesso, sollevato problematiche di difficile soluzione sulle condizioni e sui limiti del trattamento terapeutico, impegnando i giudici, nel silenzio assordante del legislatore, a delineare un quadro di principi e a fornire risposte il più possibile certe ed armoniche, che per loro natura devono passare attraverso le strettoie del processo.

In particolare nel caso di una persona in stato di incoscienza irreversibile o a quelli di malattie degenerative accompagnate da sofferenze intollerabili, l'accertamento del consenso risulta impossibile.

Sul punto, osservava **Stefano Rodotà**, in uno scritto del lontano 2005, che "il diffondersi ed il radicarsi di tecnologie per la sopravvivenza ha fatto emergere una presa di coscienza collettiva sulla possibile dimensione della morte: non più l'attimo in cui ci si congeda dalla

vita, ma l'esito di un tragitto sempre più lungo e doloroso, che può favorire un cammino lunghissimo senza speranza", ma che genera di certo un vizio del consenso del malato.

Tuttavia, in tali situazioni, non si può prescindere dal richiamo dell'art. 2 della Costituzione, che "riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo", nonché dell'art. 32 della Costituzione, che definisce la salute come "fondamentale diritto dell'individuo", con una precisa definizione che fa riferimento all'invulnerabilità dei diritti costituzionali.

Nel sancire che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" e che "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti al rispetto della persona umana", l'art. 32 detta una disciplina più stringente di quella contenuta nell'art. 13.

Va altresì ricordato che **la legge n. 833 del 1978** istitutiva del SSN dispone, all'art. 1, che "la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" e sancisce all'art. 33 che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari hanno carattere volontario e non forzoso", il che sottintende un espresso consenso imprescindibile del malato terminale.

Sul piano internazionale è necessario richiamare la **Convenzione di Oviedo** sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina del 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001 n. 145, che afferma all'art. 5 che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato".

Inoltre, va ricordato che la Carta fondamentale dei diritti dell'Unione Europea, adottata a Nizza il 7 dicembre 2000, all'art. 3 riconosce "il diritto di ogni persona alla propria integrità fisica e psichica e il rispetto del suo consenso libero e informato".

Da ultimo, il **Codice di Deontologia Medica** del maggio 2014 ribadisce il principio di autodeterminazione terapeutica, disponendo all'art. 35 che "il medico non intraprende né prosegue procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato", ed all'art. 38 che "il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta".

In questo quadro normativo risulta evidente che nel nostro ordinamento è già sancito il principio che "solo il consenso informato dà legittimazione e fondamento ad ogni intervento sanitario, salvi ovviamente i casi eccezionali di trattamenti obbligatori previsti dalla legge".

In tale prospettiva, il consenso integra il momento di sintesi tra due diritti fondamentali: quello alla invulnerabilità della persona e quello alla salute.

Ne consegue che, in mancanza del consenso, l'intervento del sanitario non sarebbe in alcun modo lecito, anche se fosse diretto a salvare la vita del malato terminale, e come tale sarebbe suscettibile di integrare gli estremi di un grave reato compiuto in danno del paziente.

Nel lungo dibattito su queste tematiche si registra l'autorevole intervento di Valter Veltroni sulle pagine del *Corriere della Sera* (v. *La dignità di nascere e morire*, 30 sett. 2026) con il quale lo stesso sollecita il Parlamento ad occuparsi dell'intero arco della vita e quindi anche della sua fine per il quale sono necessarie nuove leggi.

La ragione sarebbe quella che "la società italiana, per paradosso, si trova di fronte a nodi della sua vita civile per i quali sta maturando in profondità una coscienza molto più avanzata della sua rappresentazione mediatica e politica".

Sarebbe bello che, in un soprassalto di responsabilità nazionale, le forze politiche di maggioranza e di opposizione trovassero il modo di dialogare e scrivere insieme norme fondamentali su due materie che riguardano l'esistenza degli italiani di oggi e di domani ossia dell'inizio e la fine della vita.

Il Governo non può limitarsi a impugnare le decisioni delle Regioni in nome del condivisibile principio della necessità di un indirizzo valido per tutti gli italiani.

Il silenzio del Parlamento, più volte sollecitato a legiferare sui due temi con ripetute sentenze della Corte Costituzionale, ha lasciato il campo, ad esempio sul fine vita, a disposizioni coraggiose di singole Regioni che però sollecitano un intervento unificante approvando una normativa che si muova all'interno dei quattro bastioni fissati dalla Corte:

– che il malato sia senza speranza di guarigione, – che le sue sofferenze siano divenute intollerabili, – che sia nella piena facoltà di decidere in piena autonomia, – che sia dipendente da macchine o trattamenti farmacologici.

E aggiunge: “Non dovrebbe essere dunque difficile, entro questi confini, definire una normativa universale che abbia un corretto e lineare percorso medico ed etico ma sia anche sottratta al rischio della burocratizzazione.

Stiamo parlando di esseri umani che vogliono smettere di soffrire, visto che ciò che del loro tempo resta è solo dolore.

La scelta di interrompere la sofferenza, spesso indicibile, non è un atto di egoismo. Al contrario è una scelta di relazione perché quando la vita è preclusa definitivamente dalla malattia, la sofferenza non è solo quella del paziente ma, spietatamente, essa si estende ai familiari, devastando anche la loro esistenza”.

In definitiva, secondo Veltroni, “lo Stato deve mostrare umanità, fiducia nei cittadini, deve essere compassionevole, non legittimare lo strazio di corpi, di menti e di cuori. Si trovino mediazioni alte tra i punti di vista, ma si eviti di ricorrere al vecchio difetto di complicare, dilazionare, burocratizzare, politicizzare. Stiamo parlando di sofferenza, di pena fisica e psicologica, del momento ultimo”.

Sempre secondo l'opinione dell'ex parlamentare, “nello stesso modo dovrebbe essere affrontato il tema della natalità che in Italia l'anno scorso si è toccato il punto più basso di nascite.

Occorre fare della natalità un obiettivo del Paese e per questo è necessaria una visione unitaria, perché si tratta di agire su molti fronti a cominciare dalla rimozione di un atteggiamento di legittima ritrosia tra i giovani a mettere al mondo un figlio”.

Ne sono causa la situazione globale, la preoccupazione che sia un peso economico non sopportabile, la paura di una solitudine sociale, a cominciare dalla penuria di asili nido, che frenano l'impulso a procreare.

Come scrive correttamente il Manifesto della Ass.ne Italiana Fertilità, “la società italiana è profondamente cambiata in questi vent'anni, e il diritto non può restare immobile mentre la realtà che è chiamato a regolare si trasforma sotto i nostri occhi. Il superamento dell'infertilità è la sfida che abbiamo davanti: per molte donne single, l'impossibilità di procreare non deriva da una patologia medica ma da una condizione sociale – la mancanza di un partner, la fine di una relazione, l'instabilità affettiva – che il nostro ordinamento trasforma in una barriera insormontabile.

Occorre, quindi, aiutare e non solo consentire che ciascuna donna e ciascuna coppia possano, se lo decidono, regalare vita, dare speranza a sé e alla collettività.

E conclude: “Un buon Paese lo si giudica anche da questo: da come si muore, da come si nasce ma anche da quanto le istituzioni, in definitiva, hanno fiducia nella capacità di scelta dei loro cittadini”.

Sulla stessa lunghezza d'onda si colloca l'intervento di **Massimo Cacciari** su *La Stampa* (v. *Fine vita – Serve una norma nazionale*, 3 sett. 2026), il quale ricorda che “in più occasioni, incontrando delegazioni del governo, il segretario di Stato, cardinale Pietro Parolin, ha definito la mancanza di una legge nazionale chiara sul fine vita un problema, criticando il fatto che le Regioni debbano supplire a tale vuoto normativo”.

Il contesto UE è divenuto allarmante poiché esiste “un rischio reale e documentato, dai dati provenienti da Belgio e Paesi Bassi, ossia quello del cosiddetto pendio scivoloso”, che

rappresenta una progressiva estensione dell'applicazione eutanasica che arriva a includere minori, malati psichiatrici e persone con sofferenze esistenziali, arrivando persino a ipotizzare l'eutanasia non volontaria per chi non è in grado di esprimersi. In conseguenza, secondo Cacciari, "il controllo sulle procedure appare problematico e insufficiente, trasformando una scelta estrema in una pratica burocratizzata. Il legislatore dovrebbe quindi evitare di creare norme basandosi esclusivamente sui casi pietosi ed emotivi".

La posizione della Chiesa italiana

Analogamente, **Ferruccio De Bortoli**, sulle pagine del *Corriere della Sera* del 5 settembre 2026, ha affermato che "al legislatore riluttante vorremmo chiedere se sia accettabile, in un Paese o in una nazione civile, un federalismo del fine vita.

La Chiesa italiana, va riconosciuto, è stata più coraggiosa del Parlamento. Dopo l'approvazione della coraggiosa legge regionale del Veneto, prima regione di centrodestra a intervenire in materia, crescono le pressioni per una normativa nazionale sul fine vita. Molto probabilmente non se ne farà nulla.

Chi si oppone o soprattutto chi non ha semplicemente voglia di affrontare una materia così complessa che interroga anche – e non può essere altrimenti – la propria coscienza, la propria fede, troverà tante scuse per lasciare l'incombenza alla prossima legislatura.

Al di sotto della questione legale vi è una dimensione umana, un universo di sofferenze che ci si ostina a non guardare.

Questa voluta disattenzione ha in sé qualcosa di crudele perché è come se i malati inguaribili fossero ostaggio di una contrapposizione ideologica che ne trascura il dolore profondo.

La Chiesa italiana, va riconosciuto, è stata più coraggiosa del Parlamento italiano. Ha mutato nel tempo, pur nel rispetto della sacralità della vita, le proprie posizioni ascoltando la sofferenza dei malati, rifiutando l'accanimento terapeutico, comprendendo, assistendo, promuovendo le cure palliative.

Una legge che accolga le condizioni di non punibilità previste per il suicidio medicalmente assistito dalle sentenze della Corte Costituzionale non è l'anticamera di una deriva eutanasica. Ascolta la voce e la volontà dei malati, ne rispetta la dignità. Li considera cittadini nella pienezza dei loro diritti. Fino alla fine.

Il rispetto per i malati in condizioni terminali e della loro volontà che dipende dai confini regionali è legato – come in Lombardia per esempio, dove di fatto il suicidio assistito esiste – solo a burocratiche e asettiche linee guida. Come per dire: si fa ma non si dice.

Secondo De Bortoli, va comunque riconosciuto che la Chiesa è compatta su un punto: è inaccettabile che una materia eticamente sensibile come il fine vita venga lasciata alla libera iniziativa delle Regioni.

Perciò, in maniera compatta, in Vaticano come in CEI, definiscono "totalmente inopportuno" che la questione più delicata sia spezzettata a seconda delle latitudini. "Così si mettono in discussione le fondamenta dell'unità di un popolo".

Tuttavia, la preoccupazione resta per "le persone fragili e sole", ossia quelle "che affrontano la vecchiaia e il suo epilogo non potendo contare su un effettivo accompagnamento e supporto umano e affettivo".

Si tratta di situazioni che tenderanno a moltiplicarsi in futuro mentre i dubbi restano, per cui è logico domandarsi quali saranno i criteri da utilizzare "per definire e valutare oggettivamente di volta in volta una sofferenza come insopportabile".

Da qui il richiamo a un impegno condiviso tra istituzioni civili e religiose per "promuovere di più e meglio una cultura di prossimità, specialmente nei momenti in cui la vita diventa difficile e fortemente compromessa".