IL FINE VITA TRA DIRITTO, ETICA MEDICA E DIGNITÀ DELLA PERSONA

https://www.promundivita.it/il-fine-vita-tra-diritto-etica-medica-e-dignita-della-persona/?shem=aimgspe,

Novembre 3, 2026

Pubblichiamo l'ultimo contributo sul tema del fine vita. **VINCENZO DEFILIPPIS,** direttore emerito UOC Medicina Forense e Rischio Clinico ASL Bari e Tesoriere della Federazione Internazionale delle Associazioni mediche cattoliche ci offre una panoramica approfondita sulle proposte legislative della Regione Puglia alla luce della Corte costituzionale e del Magistero della Chiesa cattolica.

INTRODUZIONE – LA MEDICINA DAVANTI ALLA FRAGILITÀ UMANA

Il fine vita non è soltanto una questione giuridica, né può essere ridotto a un problema di organizzazione sanitaria. È, prima ancora, una questione profondamente umana, che investe il significato della vita, della sofferenza, della libertà, della dignità della persona e della responsabilità di chi è chiamato a prendersene cura.

Come medico cattolico, avverto la responsabilità di affrontare questo argomento con una duplice fedeltà: alla scienza medica e alla coscienza morale, nella convinzione che non debbano essere contrapposte, ma possano reciprocamente illuminarsi.

La professione medica mi ha insegnato che dietro ogni diagnosi esiste una persona; dietro ogni sofferenza, una storia; dietro ogni richiesta di interrompere la propria esistenza, un insieme spesso complesso di vissuti, paure, relazioni, bisogni e aspettative.

La fede cristiana aggiunge a questa esperienza una convinzione fondamentale: la vita umana possiede una dignità intrinseca, che non dipende dalle condizioni fisiche, dall'autonomia, dalla capacità produttiva o dalla qualità della vita percepita.

La persona continua a essere persona anche quando non è più autosufficiente, quando ha perso la capacità di comunicare, quando la malattia ha compromesso profondamente le sue possibilità di relazione. Ma proprio questa convinzione ci impedisce di limitarci a una proclamazione astratta del valore della vita. Difendere la vita significa anche creare le condizioni perché ogni persona possa vivere con dignità la propria malattia, ricevere cure appropriate, essere liberata per quanto possibile dal dolore ed essere accompagnata, senza abbandono, fino alla morte naturale.

È da questa prospettiva che **desidero esaminare le proposte di legge sul fine vita presentate al Consiglio regionale della Puglia**, confrontandole con la giurisprudenza della Corte costituzionale e con l'insegnamento della Chiesa cattolica, in particolare attraverso le riflessioni di padre Carlo Casalone, di monsignor Renzo Pegoraro e i recenti interventi di Papa Leone XIV. Il mio obiettivo non è formulare una posizione di contrapposizione politica, ma proporre un contributo medico, etico e culturale capace di distinguere ciò che è giuridicamente consentito da ciò che è moralmente condivisibile e, soprattutto, ciò che costituisce un autentico dovere di cura.

IL CONTESTO PUGLIESE: DUE PROPOSTE LEGISLATIVE E UNA RESPONSABILITÀ COMUNE

Nel settembre 2026 sono state presentate al Consiglio regionale della Puglia due proposte di legge riguardanti il fine vita. Una terza proposta, presentata dal Consigliere Scalera a inizio ottobre 2026, è limitata al potenziamento delle cure palliative. La prima, n. 232, depositata il 4 settembre, ha come primo firmatario Stefano Minerva ed è intitolata Disposizioni organizzative e procedurali in materia di accesso al fine vita. La seconda, n. 233, presentata il 7 settembre dai consiglieri Napoleone Cera e Marcello Lanotte, ha come oggetto la disciplina organizzativa del Servizio sanitario regionale nella presa in carico

delle richieste di morte medicalmente assistita. Entrambe risultano assegnate alla III Commissione consiliare competente in materia sanitaria. Alla data del 31 ottobre 2026, le schede istituzionali consultate non riportano l'avvenuta approvazione definitiva. Le due iniziative nascono da differenti sensibilità politiche, ma condividono un dato essenziale: entrambe cercano di affrontare le conseguenze organizzative delle pronunce della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito. La proposta n. 232 pone l'accento sulla definizione di procedure organizzate e omogenee per l'accertamento delle condizioni previste dall'ordinamento. La proposta n. 233 valorizza particolarmente la presa in carico multidisciplinare, il ruolo della medicina palliativa e l'offerta delle cure palliative quale alternativa prioritaria, secondo quanto dichiarato dai proponenti nella presentazione istituzionale del testo.
Queste impostazioni pongono una questione che ritengo fondamentale. **Possiamo realmente considerare il fine vita un problema che si risolve soltanto attraverso commissioni, protocolli, tempi procedurali e verifiche amministrative?** Oppure dobbiamo riconoscere che ogni procedura, prima ancora di essere un atto organizzativo, esprime una determinata concezione della persona e della medicina? La corretta organizzazione dei servizi sanitari è indispensabile. Ma una procedura, per quanto rigorosa, non può sostituire una relazione di cura. La domanda da porre al legislatore regionale non dovrebbe essere soltanto: come garantire una procedura giuridicamente corretta? Dovrebbe essere anche: quali strumenti concreti mettiamo a disposizione di una persona gravemente malata affinché non percepisca la propria morte come l'unica via di uscita dalla sofferenza? Questa domanda non nega l'autodeterminazione della persona, ma ne amplia il significato, riconoscendo che la libertà umana si esercita sempre all'interno di condizioni cliniche, familiari e sociali che possono sostenerla oppure limitarla.

LA CORTE COSTITUZIONALE: IL CONFINE TRA AUTODETERMINAZIONE E TUTELA DELLA VITA

Il riferimento fondamentale resta la sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale. La Corte ha individuato una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, in presenza di quattro condizioni congiunte: patologia irreversibile, sofferenze fisiche o psicologiche giudicate intollerabili dalla persona, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli. A queste condizioni si aggiungono specifiche garanzie procedurali, con verifica da parte del Servizio sanitario pubblico e previo parere del comitato etico competente.
Le pronunce successive hanno precisato il significato dei requisiti e il rapporto fra poteri statali e competenze regionali. È opportuno richiamare un punto essenziale nel dibattito pubblico. La Corte costituzionale non ha affermato che la vita umana possa perdere dignità quando è segnata da una malattia irreversibile. Ha piuttosto affrontato il problema del bilanciamento, in situazioni eccezionali, tra la tutela della vita e l'autodeterminazione di persone già titolari del diritto di rifiutare trattamenti sanitari, anche quando da tale rifiuto possa derivare la morte. La differenza è sostanziale. Il riconoscimento di una causa di non punibilità non equivale all'affermazione che il suicidio assistito sia un bene morale. I medici sono chiamati a conoscere e rispettare il diritto vigente. Allo stesso tempo come professionisti dotati di responsabilità etica devono contemporaneamente interrogarsi sul significato degli atti che compiono.

LE INDICAZIONI DELLE SENTENZE DEL 2025 E 2026

Particolare rilievo assumono le sentenze n. 204/2025 e n. 148/2026.

La prima, relativa alla legislazione toscana, ha riconosciuto uno spazio di intervento delle Regioni nell'organizzazione delle attività sanitarie, dichiarando tuttavia illegittime diverse norme che incidevano sulle competenze legislative statali. La Corte ha sottolineato, inoltre, la necessità di proteggere le persone vulnerabili dal rischio che circostanze esterne possano indurle a considerare la morte come una soluzione. Nello stesso tempo, ha precisato che, nei casi in cui i requisiti siano stati verificati, esistono specifiche prestazioni e forme di assistenza che le aziende sanitarie devono assicurare secondo il quadro costituzionale delineato dalla Corte. Non sarebbe quindi corretto sostenere che la giurisprudenza comporti soltanto una verifica burocratica, priva di conseguenze assistenziali.
La sentenza n. 148 del 2026, riferita alla legislazione sarda, ha ulteriormente affrontato i limiti dell'intervento regionale.
Infine, la sentenza n. 152 del 2026 ha mantenuto fermo il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, senza estendere automaticamente la non punibilità a ogni situazione di sofferenza irreversibile.
Da medico, ritengo che questa giurisprudenza debba essere letta evitando due interpretazioni opposte. Da una parte, non possiamo ignorare quanto stabilito dalla Corte, come se la pronuncia non producesse effetti nell'ordinamento. Dall'altra, non possiamo trasformare la delimitazione costituzionale di alcune situazioni eccezionali nell'idea che la medicina debba assumere la morte provocata come una propria finalità terapeutica. È precisamente su questa distinzione che si colloca la responsabilità del medico.

IL MEDICO DI FRONTE ALLA RICHIESTA DI MORIRE: ASCOLTARE, COMPRENDERE, PRENDERSI CURA

Quando una persona gravemente malata dichiara di non voler più vivere, il medico si trova davanti a una situazione che non può essere interpretata esclusivamente attraverso categorie amministrative o giuridiche.
La richiesta di morire può esprimere condizioni differenti. Talvolta nasce da una sofferenza fisica non adeguatamente controllata. Altre volte dalla perdita progressiva dell'autonomia, dall'angoscia, dalla paura di una futura sofferenza, dal senso di solitudine o dalla percezione di costituire un peso per i propri familiari. In altri casi, anche in presenza di un'assistenza clinica appropriata e di una capacità decisionale integra, la persona può mantenere stabilmente il desiderio di anticipare la propria morte.
Dobbiamo riconoscere questa complessità, senza presumere che ogni richiesta sia espressione di una patologia psichiatrica, ma anche senza considerare che ogni richiesta sia necessariamente una manifestazione di libertà pienamente indipendente dal contesto. La medicina deve saper ascoltare e comprendere prima di limitarsi a registrare una decisione.
Un'appropriata valutazione clinica richiede attenzione alla sofferenza fisica, alla dimensione psicologica, alla situazione familiare e sociale, ai bisogni spirituali e alle possibilità assistenziali concretamente disponibili. La moderna medicina palliativa utilizza il concetto di dolore totale, elaborato da Cicely Saunders, per esprimere la complessità di una sofferenza che investe contemporaneamente il corpo, la psiche, le relazioni e la dimensione spirituale. È un concetto particolarmente vicino alla visione personalistica cristiana. Non soffre soltanto un organo. Soffre una persona. E se soffre una persona, la risposta della medicina non può esaurirsi in un farmaco o in una procedura.
Una distinzione fondamentale: accogliere e rispettare il malato non significa necessariamente condividere ogni soluzione che egli propone alla propria sofferenza. L'ascolto e il rispetto non richiedono l'abbandono della responsabilità professionale. Al

contrario, proprio la relazione di fiducia consente al medico di discutere, proporre alternative, chiarire i limiti delle terapie e accompagnare il paziente nelle decisioni difficili. Nella prospettiva cristiana questa responsabilità assume un significato ulteriore. La persona malata non perde mai la propria dignità, anche quando perde autonomia. La sua fragilità non diminuisce il suo valore, ma interpella più direttamente la responsabilità di chi la circonda. Non si tratta di imporre convinzioni religiose a chi non le condivide. Si tratta di riconoscere che l'attenzione alla vulnerabilità, la solidarietà e il rifiuto dell'abbandono sono valori che possono essere condivisi anche in una società pluralistica.

LA RESPONSABILITÀ DEL DISCERNIMENTO NELLE LEGGI CIVILI

In questo contesto assume particolare interesse la riflessione di padre Carlo Casalone, gesuita, medico e teologo morale.

Nel gennaio 2022, sulle pagine de La Civiltà Cattolica, Casalone pubblicò l'articolo La discussione parlamentare sul «suicidio assistito», nel quale affrontava il rapporto tra giudizio morale e responsabilità politica. Il suo ragionamento parte da un problema concreto. Quando la giurisprudenza costituzionale ha già modificato il quadro normativo, la responsabilità del legislatore consiste soltanto nel ribadire un principio morale, oppure richiede anche di valutare quali interventi siano capaci di proteggere maggiormente la vita e le persone vulnerabili? Casalone non propone di modificare il giudizio morale cattolico sul suicidio assistito. Propone piuttosto di distinguere il giudizio etico su una pratica dalla valutazione prudenziale di una legislazione civile che intende disciplinarla. La sua riflessione si inserisce nella tradizione del discernimento morale: la valutazione di una legge deve prendere in considerazione non soltanto i principi, ma anche il contesto giuridico, le alternative effettivamente disponibili e le conseguenze prevedibili. **Un intervento legislativo, pur non corrispondendo pienamente all'ideale morale cristiano, può essere esaminato sotto il profilo della limitazione dei danni e della protezione delle persone più vulnerabili.**

Questa impostazione ha suscitato, com'è noto, un ampio dibattito all'interno del mondo cattolico. Alcuni ne hanno apprezzato il tentativo di non rinunciare a incidere concretamente sulla legislazione di una società pluralistica. Altri hanno espresso il timore che il sostegno a una disciplina del suicidio assistito possa contribuire, anche involontariamente, a legittimare moralmente una pratica che la dottrina cattolica considera inaccettabile.

Come medico credente ritengo utile accogliere dalla riflessione di Casalone soprattutto un metodo: **non sottrarsi alla complessità della realtà**. La coerenza con i valori morali non ci esime dall'obbligo di studiare attentamente le leggi, individuarne i rischi e contribuire a renderle maggiormente rispettose della persona. Tuttavia, vorrei aggiungere una precisazione che considero essenziale. Il discernimento sul bene possibile non può comportare la rinuncia a distinguere tra l'atto del curare e l'atto del provocare intenzionalmente la morte. **Una cosa è riconoscere che il legislatore civile deve confrontarsi con una situazione giuridica già esistente. Altra cosa è riconoscere al suicidio assistito lo stesso significato terapeutico attribuito al trattamento del dolore, alle cure palliative o all'assistenza nella fase terminale della vita.**

Quest'ultima assimilazione comporterebbe una trasformazione profonda dell'identità della professione medica. Un medico può riconoscere il limite della propria capacità di guarire, senza per questo rinunciare alla propria responsabilità di curare. E il significato del curare rimane più ampio del guarire. Quando la guarigione non è più possibile, la cura continua attraverso il sollievo dal dolore, la presenza, la relazione, la proporzionalità delle terapie e l'accompagnamento.

LA MEDICINA DEVE RIMANERE UNA RISPOSTA ALLA SOFFERENZA

La riflessione di monsignor Renzo Pegoraro, medico e presidente della Pontificia Accademia per la Vita, offre un ulteriore contributo alla comprensione del problema. In un'intervista dell'8 settembre 2026, Pegoraro ha richiamato l'opportunità di una legislazione nazionale, sottolineando che il fine vita non può essere ridotto a un semplice problema amministrativo. Ha inoltre insistito sulla necessità di garantire cure palliative realmente accessibili, adeguatamente finanziate e inserite nei percorsi di assistenza sanitaria.

Nel nostro Paese disponiamo già di due riferimenti legislativi fondamentali: la legge n. 38 del 2010, che riconosce il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore, e la legge n. 219 del 2017, che disciplina il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento. Queste due leggi contengono già principi fondamentali per la tutela del malato: il rispetto della volontà della persona, il rifiuto dell'ostinazione irragionevole nei trattamenti, la proporzionalità delle cure e l'obbligo di alleviare la sofferenza.

Dobbiamo allora chiederci: perché la piena applicazione di queste leggi non occupa sempre una posizione centrale nel dibattito pubblico? **Perché l'attenzione politica e mediatica sembra concentrarsi più facilmente sulle procedure per anticipare la morte che sulla disponibilità di servizi capaci di accompagnare adeguatamente la vita nelle sue fasi più difficili?** L'interrogativo non vuole sminuire la sofferenza di chi chiede il suicidio assistito. Vuole ricordare che un sistema sanitario deve essere giudicato anche sulla capacità di offrire alternative concrete e credibili.

Nel suo intervento del 27 ottobre 2026, Pegoraro ha nuovamente richiamato l'insegnamento di Papa Leone XIV, confermando che il suicidio assistito rimane moralmente inaccettabile per la Chiesa cattolica, anche quando una legislazione civile ne disciplina l'accesso. In questa posizione riconosco una distinzione che considero irrinunciabile. Il rispetto delle leggi dello Stato, l'attenzione alle persone che chiedono di morire e la disponibilità a partecipare al dibattito pubblico non comportano necessariamente l'approvazione morale della pratica. La coscienza professionale conserva un proprio ruolo. La medicina, infatti, non è una semplice attività tecnica esecutiva. È una professione caratterizzata da una specifica responsabilità verso la persona e verso la vita umana. È importante, tuttavia, non trasformare la coscienza del medico in una ragione per abbandonare il paziente. **Anche quando non ritiene moralmente possibile prendere parte all'assistenza al suicidio, il medico mantiene pienamente i propri doveri di ascolto, informazione, assistenza, terapia del dolore, sostegno clinico e continuità delle cure.** La fedeltà alla coscienza e il dovere di non abbandonare il malato devono procedere insieme.

LA DIGNITÀ DELLA PERSONA E LA VOCAZIONE DEL MEDICO

Gli interventi recenti di Papa Leone XIV costituiscono un riferimento particolarmente significativo.

Il primo riguarda l'udienza generale del 16 settembre, nella quale il Pontefice ha richiamato la centralità del bene comune e il rispetto della dignità umana, riprendendo anche il giudizio del Concilio Vaticano II sull'eutanasia e sul suicidio volontario.

Il secondo è il discorso pronunciato a Lourdes il 27 settembre 2026 durante l'incontro con gli operatori e gli assistiti dell'Accueil Notre-Dame. In quella circostanza il Papa ha affermato: **«Ciò che è legale non è necessariamente morale».** E rivolgendosi agli operatori sanitari ha ricordato che la loro vocazione consiste nel prendersi cura della persona che soffre. Ha quindi invitato a sviluppare le strutture di cure palliative e la ricerca,

accompagnando con tenerezza i malati. Queste parole non devono essere interpretate come una negazione della libertà individuale, ma come l'affermazione che la libertà non è l'unico valore coinvolto nelle scelte sul fine vita.
Esistono anche la responsabilità nei confronti delle persone vulnerabili, il valore della solidarietà, la tutela della dignità umana e il significato della professione sanitaria. La medicina contemporanea dispone di strumenti diagnostici e terapeutici straordinari. È capace di prolungare la sopravvivenza, sostituire funzioni biologiche compromesse e intervenire su condizioni un tempo considerate irreversibili.
Eppure, **quanto più aumenta il potere tecnico della medicina, tanto più diventa necessario interrogarsi sui suoi limiti.** Non tutto ciò che è tecnicamente possibile è clinicamente appropriato. E non tutto ciò che è giuridicamente consentito è necessariamente coerente con la finalità morale della cura. **La medicina non deve cedere alla tentazione dell'onnipotenza terapeutica, ma neppure a quella dell'abbandono quando non è più in grado di guarire. Il morire non è un fallimento della medicina. Il fallimento si verifica quando il malato viene lasciato solo, quando il suo dolore non viene ascoltato, quando gli vengono imposti trattamenti sproporzionati o quando la sua condizione di dipendenza viene percepita come una perdita di dignità.** La vocazione del medico consiste invece nel riconoscere che il paziente rimane persona fino all'ultimo istante. E proprio per questo rimane destinatario di cure, rispetto e solidarietà.

LE PROPOSTE LEGISLATIVE PUGLIESI: UNA VALUTAZIONE CRITICA
Alla luce delle considerazioni precedenti, desidero formulare alcune osservazioni sulle due proposte di legge attualmente all'esame del Consiglio regionale. Non ritengo utile una valutazione condizionata dall'appartenenza politica dei proponenti. Il criterio fondamentale deve essere il contenuto delle norme e la loro capacità di rispettare simultaneamente il quadro costituzionale, la dignità della persona, la responsabilità professionale e le libertà di coscienza.
Una lettura comparativa

Questione	Proposta n. 232	Proposta n. 233	Valutazione medico-etica
Obiettivo principale	Organizzazione procedurale dell'accesso	Organizzazione della presa in carico sanitaria	Necessario rispettare il quadro costituzionale
Valutazione clinica	Percorso multidisciplinare	Commissione multidisciplinare	Fondamentale la competenza specialistica
Cure palliative	Da verificare nelle modalità applicative	Espressamente valorizzate come alternativa prioritaria	Devono essere realmente accessibili
Vulnerabilità	Garanzie procedurali	Esplicita attenzione ai condizionamenti	Necessaria una valutazione globale della persona

Ruolo del medico	Centrale nell'accertamento e nel percorso	Centrale nella presa in carico	Occorre tutelare competenza e coscienza professionale
Implicazioni costituzionali	Verifica delle competenze regionali	Verifica delle competenze regionali	Evitare disposizioni riservate allo Stato

A mio giudizio, il primo elemento positivo del confronto regionale è il riconoscimento della necessità di una presa in carico multidisciplinare.
Il secondo è la crescente attenzione alle cure palliative, in particolare nella proposta Cera-Lanotte (rafforzata dalla terza proposta di legge, quella del Consigliere Scalera). Tuttavia, la previsione legislativa di un'offerta di cure palliative non basta, se tale offerta non è accompagnata da un concreto investimento nella rete assistenziale. Un semplice colloquio informativo non può sostituire la possibilità reale di ricevere cure appropriate.
Il terzo elemento riguarda la coscienza professionale. Una normativa regionale dovrebbe evitare ambiguità tra l'accertamento dei requisiti previsti dalla giurisprudenza e l'effettiva partecipazione del personale sanitario agli atti finalizzati al suicidio. Questa distinzione deve essere affrontata nel rispetto delle pronunce costituzionali, che hanno già individuato specifici obblighi assistenziali del sistema sanitario, e delle competenze riservate al legislatore statale. È opportuno evitare sia l'imposizione indiscriminata di atti moralmente controversi, sia l'idea che la tutela della coscienza professionale possa giustificare l'abbandono del paziente.
Il quarto elemento riguarda la necessità di non trasformare un'eccezione giuridicamente delimitata in un ordinario percorso terapeutico. Il Servizio sanitario deve certamente rispettare le decisioni della magistratura e garantire l'osservanza dell'ordinamento (in tal senso la proposta di legge nazionale governativa del sen. Zullo, che disconosce il ruolo del SSN "equitativo" e di garanzia di fruizione dei diritti, appare eticamente e costituzionalmente inaccettabile). Ma questo non significa che il SSN debba modificare la propria cultura assistenziale fino a considerare la morte provocata una risposta terapeutica equivalente alle altre.
Il quinto elemento riguarda la responsabilità dello Stato. Le sentenze costituzionali hanno evidenziato che le Regioni possono intervenire negli aspetti organizzativi, ma non sostituirsi al Parlamento nella definizione degli elementi sostanziali della disciplina. Una regolamentazione frammentata, differente da Regione a Regione, rischia di produrre incertezze giuridiche e disomogeneità organizzative. È quindi auspicabile che il Parlamento affronti la questione con una legislazione organica, rispettosa della Costituzione e delle libertà fondamentali.

UNA PROPOSTA CONCRETA: DALLA LEGISLAZIONE SUL MORIRE ALLA RESPONSABILITÀ DEL PRENDERSI CURA

Consentitemi, a questo punto, di avanzare alcune proposte che considero particolarmente importanti per il sistema sanitario pugliese.
La prima riguarda la realizzazione di una valutazione pubblica, documentata e periodica della rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore. La Regione dovrebbe rendere disponibili dati sull'accessibilità territoriale, sui tempi di presa in carico, sull'assistenza domiciliare, sull'offerta di hospice, sulla copertura dei bisogni e sul sostegno alle famiglie. Non si tratta soltanto di individuare eventuali carenze. Si tratta di definire obiettivi misurabili e verificare nel tempo il miglioramento dei servizi.

La seconda proposta riguarda la valorizzazione della medicina palliativa nei percorsi di cura delle patologie croniche, oncologiche e neurodegenerative. Le cure palliative non devono essere intese come l'ultima risorsa disponibile quando ogni trattamento è fallito. Devono essere integrate tempestivamente, in relazione ai bisogni clinici, nel percorso assistenziale.
La terza proposta concerne **la formazione dei professionisti sanitari**. Il medico deve essere preparato non soltanto a formulare diagnosi e prescrivere terapie, ma anche ad affrontare la comunicazione delle cattive notizie, la sofferenza esistenziale, le decisioni condivise e il confronto con il paziente che chiede di morire. Occorre rafforzare la formazione in bioetica clinica, medicina palliativa, deontologia, gestione del rischio clinico e comunicazione nella relazione di cura.
La quarta proposta riguarda il sostegno alle famiglie. Molte persone gravemente malate vivono la perdita dell'autonomia come una condizione di dipendenza che coinvolge profondamente anche i loro familiari. Per questa ragione, la tutela della dignità del malato richiede servizi domiciliari, sostegno ai caregiver, interventi sociali e forme di accompagnamento che riducano l'isolamento.
La quinta proposta riguarda la dimensione spirituale. La cura spirituale non deve essere confusa con l'imposizione di convinzioni religiose. È invece il riconoscimento che ogni persona, credente o non credente, può interrogarsi sul significato della sofferenza, della propria esistenza, delle relazioni e della morte. Per i pazienti che lo desiderano, tale accompagnamento può assumere una specifica dimensione religiosa. Per tutti, deve rappresentare un'opportunità di ascolto, rispetto e comprensione. Infine, propongo che il dibattito regionale non si esaurisca nell'approvazione o nel rigetto delle proposte legislative.
Sarebbe auspicabile promuovere un confronto permanente tra istituzioni regionali, Ordini dei medici, società scientifiche, esperti di cure palliative, giuristi, bioeticisti, associazioni dei pazienti e rappresentanti delle diverse sensibilità culturali e religiose. In tale confronto, il contributo dei medici cattolici non dovrebbe essere né marginale né esclusivamente oppositivo. Dovrebbe consistere in una proposta competente, documentata e coerente, fondata sulla tutela integrale della persona.

CONCLUSIONE — LA DIGNITÀ DELLA PERSONA COME CRITERIO DI OGNI SCELTA
Il confronto sul fine vita che oggi coinvolge la Regione Puglia non deve essere vissuto esclusivamente come una contrapposizione tra sostenitori e oppositori di una determinata legge. È un'occasione per interrogarci sul modello di medicina e di società che intendiamo costruire.
La Corte costituzionale ha definito un quadro giuridico che impone alle istituzioni di affrontare situazioni eccezionali e complesse. Le riflessioni di Carlo Casalone invitano a un discernimento responsabile sulle conseguenze delle decisioni legislative. Gli interventi di Renzo Pegoraro richiamano la necessità di garantire cure palliative e di preservare la finalità assistenziale della medicina. Il Magistero di Papa Leone XIV ribadisce che la dignità della persona non dipende dalle sue condizioni di salute e che la legalità di una pratica non ne determina automaticamente il valore morale.
Queste prospettive sono un invito a una testimonianza coerente, ma anche dialogante. Non possiamo rinunciare, come credenti, ai nostri convincimenti morali. Ma non possiamo nemmeno sottrarci alla responsabilità di contribuire al dibattito pubblico, alla qualità della legislazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria. **La difesa della vita non si realizza soltanto attraverso l'affermazione di principi. Si realizza nella concretezza**

dei servizi sanitari, nella vicinanza alle persone fragili, nel sostegno alle famiglie, nell'appropriatezza delle terapie e nella capacità di non abbandonare chi soffre.
Vorrei allora concludere con una convinzione maturata attraverso l'esperienza medica e rafforzata dalla visione cristiana della persona. Non sempre possiamo guarire. Non sempre possiamo eliminare ogni sofferenza. Ma **possiamo sempre riconoscere la dignità del malato, prenderci cura di lui e non lasciarlo solo. È questa la missione più alta della medicina**. Ed è anche il contributo più autentico che i medici cattolici possono offrire al confronto sul fine vita nella nostra Regione e nel nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Documentazione regionale: proposte di legge della Puglia n. 232/2026 e n. 233/2026.
- Corte costituzionale: sentenze n. 242/2019, 135/2024, 66/2025, 132/2025, 204/2025, 148/2026 e 152/2026. Raccolta ufficiale delle pronunce sul fine vita.
- Documenti della Chiesa: Giovanni Paolo II, Evangelium vitae (1995); Congregazione per la Dottrina della Fede, Samaritanus bonus (2020); Papa Leone XIV, Discorso a Lourdes del 27 settembre 2026.
- Carlo Casalone: La discussione parlamentare sul «suicidio assistito», La Civiltà Cattolica, 15 gennaio 2022, quaderno 4118, pp. 143–156.
- Renzo Pegoraro: interviste dell'8 settembre 2026 e del 27 ottobre 2026, disponibili sul sito della Pontificia Accademia per la Vita.