

Autoresponsabilità e autodeterminazione

*Mauro Ronco,
Università di Padova*

1. Introduzione

Nell'esposizione seguente intendo mettere a confronto il principio di autoresponsabilità, di cui il convegno che stiamo per terminare si è approfonditamente interessato, con il principio di autodeterminazione. Sede privilegiata entro cui perimetrerò il confronto è l'aiuto al suicidio detto anche suicidio assistito, sul quale è viva l'attenzione degli studiosi italiani in attesa della pronuncia che la Corte Costituzionale sarà per emettere nell'autunno 2019.

Il movimento per l'autodeterminazione nella bioetica contemporanea, sorto all'esterno del campo medico almeno agli inizi degli anni '70 del secolo scorso, ha via via offuscato, a favore dell'autonomia del soggetto, i principi di beneficità e di giustizia, che costituivano all'origine l'insieme organico dei criteri orientativi della ricerca e della pratica bioetica.

Nata sul piano filosofico, come espressione dell'intreccio tra una concezione assoluta della libertà individuale e l'identificazione della dignità personale con la capacità di comunicazione verbale ed esplicita, l'idea dell'autodeterminazione ha guadagnato l'ambito giuridico, dapprima erigendo come diritto il rifiuto dei trattamenti medici proposti dal medico come utili e, successivamente, rivendicando un vero e proprio diritto al suicidio. Come è detto in un documento approvato dall'Assemblea ordinaria dei soci della Consulta di Bioetica nel lontano 1993 – proprio nel periodo in cui negli Stati Uniti d'America era entrata nel vivo la questione circa l'abrogazione delle norme che vietavano nei vari Stati l'aiuto al suicidio – all'“individuo deve essere riconosciuta la facoltà di por fine ai propri giorni con il suicidio o di chiedere di essere aiutato a morire ove si trovi in situazioni di incapacità e di insopportabile sofferenza e perdita di dignità”¹. Il riconoscimento giuridico di un «diritto alla morte», come conseguenza del diritto umano all'autodeterminazione, è stato respinto dalle due Corti per i diritti

¹ Documento sull'eutanasia approvato dall'Assemblea ordinaria dei soci in data 30/01/1993, consultato dal sito www.consultadibioetica.org.

umani maggiormente rappresentative nel mondo occidentale. Infatti la Corte Suprema degli Stati Uniti si è espressa all'unanimità con la decisione del 26 giugno 1997 nel senso che la proibizione del suicidio assistito non viola il 14° Emendamento della Costituzione degli Stati Uniti, neanche se applicata ad adulti terminali che desiderano affrettare la morte con farmaci proibiti dai medici². La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha escluso, con la sentenza 29 aprile 2002, che il principio di autodeterminazione possa legittimare il «diritto» al suicidio assistito. Quest'ultima ha negato che il diritto alla vita protetto dall'art. 2 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali conferiscano il diritto “diametralmente opposto”³ a quello alla vita. Onde dall'art. 2 non può farsi discendere un diritto all'autodeterminazione tale da consentire a ciascuno di optare per la morte e non per la vita.

Trascorsi circa 20 anni dalle predette pronunce il problema si sta ripresentando nel mondo occidentale. L'Italia sarà forse il primo paese in cui un'istanza giudiziaria di livello costituzionale dovrà nuovamente pronunciarsi in ordine a un tema così sensibile sul piano dei principi e dei valori costituzionali.

Come accennato, l'autodeterminazione del soggetto è l'argomento spesso attualmente con maggior forza a sostegno del suicidio assistito. Il filosofo Ronald Dworkin è probabilmente l'autore che si è impegnato maggiormente a orientare la scienza giuridica e la giurisprudenza internazionale nel senso di riconoscere il diritto al suicidio, sul rilievo che l'autonomia del soggetto, caratterizzante l'intera esistenza dell'individuo, non deve essere limitata, nella parte finale della vita, dalla struttura medica che sembra deputata a estenderne la durata. L'obiettivo di Dworkin – autore, insieme con altri cinque filosofi, della lettera (*The Philosopher Brief*) inviata nel 1997 come *Amici Curiae* alla Corte Suprema americana – è il riconoscimento del diritto al suicidio assistito, che dovrebbe essere inserito nella lista delle decisioni personali protette dalla clausola del *due process* (*due process clause*), prevista dal 14° Emendamento della Costituzione americana.

2 Corte Suprema degli Stati Uniti d'America, sentenza 26 giugno 1997, Washington et al. c. Glucksberg et al. e Corte Suprema degli Stati Uniti d'America, sentenza 26 giugno 1997, Vacco et al. c. Quill et al. V. le decisioni integrali in *Physician Assisted Suicide. Expanding the Debate*, edited by BATTIN, RHODES, SILVERS, New York and London, 1998, Appendix A, 377–427 e, in estratto in lingua italiana, in *Foro it.*, 1998, IV, 76.

3 Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, Sez. IV, 29 aprile 2002, Pretty c. Regno Unito, in www.echr.coe.int.

2. *Contraddittorietà tra l'idea dell'autodeterminazione assoluta e l'idea del diritto come regola condivisa per il bene della collettività che vive in comune*

La considerazione absolutistica del principio di autonomia inquina il significato del diritto, secondo una linea di pensiero di tipo nichilistico, che, interpretando fallacemente i diritti come poteri assoluti dell'individuo, finisce per distruggerne il contenuto e la funzione. Ogni diritto consiste nel riconoscimento di una libertà soggettiva per il perseguitamento di un bene, e, dunque, nella tutela di una facoltà di azione in vista di un fine. In ogni diritto è compreso un aspetto negativo, come salvaguardia dalle possibili intromissioni esterne, individuali o statali, nell'esercizio della libertà personale. L'ordinamento giuridico tutela anche la libertà negativa, ma non deve perdere di vista il bene in funzione del quale la libertà è riconosciuta. Può consentire che il soggetto non persegua il bene in vista del quale il diritto è riconosciuto, ma non trasformare in diritto la mera libertà di fatto di distruggere il bene che costituisce la ragione per cui il diritto sussiste. Ciò vale per la vita o per la salute, per la dignità, per la libertà e per qualsiasi altro diritto fondamentale dell'uomo. Questi beni basilari della personalità umana configurano diritti che non stanno nell'assoluta disponibilità del singolo individuo, come sarebbe se fosse ricompreso nel diritto alla vita e alla salute la facoltà di distruggerle, nel diritto alla dignità e alla libertà la facoltà di negarle, imponendo coattivamente al terzo – e, ultimamente, alla collettività rappresentata dallo Stato – di compiere gli atti diretti a mettere nel nulla la vita, la salute, la libertà e la dignità.

Se, invero, il diritto alla vita ricomprendesse la facoltà di distruggerla, colui che non è in grado di uccidersi per incapacità fisica o per debolezza psicologica di darsi direttamente la morte potrebbe pretendere che altri mettesse fine alla sua vita. Lo stesso per quanto attiene al diritto alla salute, alla libertà e alla dignità. Interpretare il senso e il contenuto di tali diritti al di fuori dell'oggetto loro proprio significa contraddittoriamente negarli, attribuendo spessore giuridico alla pretesa nichilistica del soggetto di distruggerli. L'assoluta autodeterminazione, senza vincoli e limiti dettati dal rispetto dei beni in funzione dei quali il diritto è riconosciuto, sfocia nella negazione dei beni e nella pretesa che gli altri contribuiscano alla loro distruzione.

Appare in questo quadro la valenza nichilistica e la contraddittorietà logica intrinseche a una concezione del diritto che ponesse il fondamento dell'ordinamento nell'autodeterminazione assoluta del singolo. Infatti lo scioglimento della libertà individuale da ogni vincolo non potrebbe realizzarsi se non attraverso la strumentalizzazione delle altre persone, costituite come strumenti indispensabili per l'attuazione di tale libertà. La strumen-

talizzazione degli altri — in particolare, del medico, che sarebbe costretto, in base al contratto, a compiere un atto contrario alla vita e alla salute o, comunque, di un terzo deputato all'atto in sostituzione del medico — è implicita nella costruzione, alla base dell'ordinamento, di una sorta di diritto assoluto e illimitato a dare attuazione, in ogni caso, agli effetti dell'autodeterminazione individuale, senza che sia previamente definita sul piano giuridico la *res iusta*, cioè il rapporto di proporzione che intercorre fra i mezzi adottati e il bene in vista del quale il diritto è previsto nell'ordinamento.

Nel divorzio fra l'autodeterminazione e il suo oggetto la persona è privata del criterio di misura per delimitare l'ampiezza del suo potere. Allo stesso tempo essa si appropria dell'ingiusta facoltà di pretendere che gli altri distruggano il bene che egli non è in grado eventualmente di annientare con le proprie forze da solo.

Né va inteso come diritto il potere di fatto di ciascuno di negare la vita o la salute, suicidandosi, ovvero serbando condotte che peggiorano le sue condizioni di salute, ovvero omettendo contegni che sarebbero idonei a migliorarle. Né va intesa come correlativa a un diritto del paziente, che rifiuti consapevolmente le cure, pur utili alla salute, l'astensione del medico dal praticarle. L'individuo può suicidarsi, esercitando un potere di fatto sul proprio corpo; può determinare il peggioramento o impedire il miglioramento delle sue condizioni di salute non curandosi. Ma questi poteri non sono espressione di un diritto, bensì di mere facoltà di fatto, che non trovano tutela nell'ordinamento e non costituiscono pretese azionabili nei confronti di terzi.

Che non possa riconoscersi l'esistenza di un dovere di vivere, nel senso di pretesa esigibile giuridicamente, dipende dal fatto che l'ordinamento evita d'intervenire coattivamente sul corpo delle persone per la semplice ed essenziale ragione che un intervento coattivo metterebbe in pericolo la dignità della persona umana, che postula il rispetto delle facoltà razionali e della libertà di ciascuno. Perciò la vita e la salute, come beni personalissimi, non possono essere garantiti coattivamente attraverso un'azione direttamente rivolta contro la volontà del loro titolare. Ma ciò non perché tali beni siano giuridicamente disponibili, bensì perché la loro indisponibilità non può non affidarsi ultimamente alla determinazione consapevole e libera di ciascuna persona⁴. Un intervento coattivo diretto a costringere alla cura implicherebbe la negazione della libertà della persona e, quindi, di un aspetto essenziale della sua dignità. Il passaggio dalla semplice incoercibi-

4 Cfr. RONCO, *Il controllo penale degli stupefacenti*, Napoli, 1990, 380.

lità al diritto soggettivo implicherebbe invece di disegnare in modo completamente diverso il rapporto fra i soggetti e di giuridicizzare come pretesa coercibile il rifiuto della vita, della salute e delle cure che sono idonee a preservare l'una e l'altra. L'ordinamento giuridico imporrebbe in questo modo a un terzo il compimento di un atto contrario alla vita o alla salute. Né il rimedio dell'obiezione di coscienza, eventualmente sollevabile da parte di chi si rifiutasse di compiere gesti contrari alla vita o alla salute, potrebbe salvare l'ordinamento, che si pronuncerebbe comunque per la relatività e la disponibilità del diritto riferito a tali beni⁵.

L'esperienza comune e il tessuto delle concrete relazioni giuridiche testimoniano, peraltro, con inequivoca evidenza che il suicidio e il rifiuto della salute sono meri poteri di fatto e non costituiscono diritti nel senso di pretese esigibili. Anche se affiori la consapevolezza e volontarietà dell'autore, chi agisca per impedire l'evento suicidario si avvale certamente della disposizione giustificante della legittima difesa, prevista dall'articolo 52 c.p.. Chi riesca a trattenere la persona che sta per lanciarsi da un ponte nel vuoto non è responsabile di violenza privata ai sensi dell'articolo 610 c.p.. Chi strappi di mano con violenza la pistola a colui che abbia in animo di spararsi in bocca un colpo, procurandogli lesioni, non è responsabile del delitto di cui agli articoli 582 e 583 c.p.. Ciò perché tali atti anticonservativi, rivelando un disvalore giuridico, giustificano la tutela da parte del terzo del diritto minacciato. Ciò perché, in altri termini, tali atti sono contrari al diritto. E quando taluno sia ferito o altrimenti in pericolo, scatta per chiunque l'obbligo di soccorso (art. 593 c.p.), allo stesso modo in cui l'obbligo di salvare la vita con strumenti di sostegno vitale riguarda qualsiasi anestesista/rianimatore cui venga presentata una persona che morirebbe ove tale sostegno non gli venisse immediatamente prestato, anche se questa persona si è procurata le lesioni lanciandosi volontariamente da un viadotto. E se un soggetto che abbia tentato il suicidio sia rimasto in vita, ma abbisogni di un'intubazione per superare una crisi cardiopolmonare, l'anestesista/rianimatore applicherà la macchina di sostegno vitale al paziente, senza timore di commettere violenza privata o di coartarne ingiustamente la libertà di autodeterminazione. E tutto ciò indipendentemente dalla sussistenza di un previo consenso da parte della persona in pericolo e anche in presenza di una volontà previamente manifestata di suicidarsi.

⁵ Cfr. con riferimento alle disposizioni del testamento biologico M. CASINI, DI PIETRO e C. CASINI, *Testamento biologico e obiezione di coscienza*, in *Medicina e Morale. Rivista Internazionale bimestrale di Bioetica, Deontologia e Morale Medica*, nuova serie, anno LVII, n. 3, Roma, maggio giugno 2007, 473–490.

Tanto l'ordinamento giuridico, quanto il giudizio pronunciato spontaneamente dal senso comune vedono in questi obblighi d'intervento la conseguenza intrinseca dell'obiettiva prevalenza del diritto alla vita e alla salute su qualsiasi altro interesse, ivi compreso quello all'autodeterminazione individuale.

3. *Contraddittorietà tra la narrazione di un'autodeterminazione assoluta e lo statuto dell'agentività umana*

La narrazione in ordine a un concetto di autodeterminazione quasi assoluto sfugge allo statuto dell'agentività umana, che è relativo a un soggetto sempre in-situazione, non dell'uomo astratto, autoreferenziale, estraneo alle relazioni con gli altri. L'uomo agisce non soltanto in forza di desideri, bensì anche di credenze, di aspettative, di valori, di responsabilità, di riconoscimento da parte degli altri. La sua vita è vita-in-relazione, non vita di una monade isolata dal resto del mondo. L'autodeterminazione autoreferenziale non è data nel mondo reale, poiché la decisione umana è sempre il frutto di una serie di condizioni, ciascuna delle quali possiede una peculiare efficacia a seconda dei momenti e dei luoghi in cui è assunta. Se ciò è vero per ogni azione umana in ogni tempo della vita, ancor più è vero per le azioni spese in situazioni estreme, quando si è dipendenti dagli altri per la stessa esistenza in vita e quando la decisione concerne la scelta tra la vita e la morte⁶: la potenzialità agentiva della persona, a causa della fragilità fisica e psichica, quasi svanisce nelle situazioni in cui: “*we confront mystery, uncertainty, aporia*”⁷. L'idealizzazione astratta dell'autonomia individuale, nata nel recinto esclusivista dell'individualismo, oscura l'inadeguatezza basilare di una nozione auto-referenziale delle azioni e delle scelte delle persone.

Per comprendere in modo concreto la complessità delle scelte e dell'azione umana occorre tener conto tanto dei desideri auto-referenziali, quan-

6 Cfr. MANN, *Meanings of Death*, in *Physician Assisted Suicide. Expanding the Debate*, New York, London, 1998, 20. Sulla difficoltà di focalizzare decisioni certe in ordine alla volontà di anticipare la morte cfr. per gli anziani PICKERING FRANCIS, *Assisted Suicide. Are The Elderly a Special Case?*, in *Physician Assisted Suicide*, cit., 75–90; per i disabili BICKENBACH, *Disability and Life-Ending Decisions*, *ivi*, 123–132; nonché in generale SILVERS, *Protecting the Innocents from Physician-Assisted Suicide*, *ivi*, 133–148 e ACKERMAN, *Assisted Suicide, Terminal Illness, Severe Disability, and the Double standard*, *ivi*, 149–161.

7 MANN, *Meanings of Death*, cit., 19.

to dei sentimenti di responsabilità verso gli altri quanto delle attese del riconoscimento del sé da parte degli altri. Il significato dell'azione è impoverito se non si tiene conto della complessità e dell'interferenza dei vari fattori che concorrono nelle scelte personali. Essi sono variamente distribuiti a seconda delle situazioni in cui il soggetto si trova a decidere. Più egli versa in condizioni di fragilità e di dipendenza, più la scelta è influenzata dall'atteggiamento degli altri nei suoi confronti, in particolare dall'atteggiamento che il soggetto percepisce in ordine al valore che gli altri attribuiscono alla sua esistenza. Più egli percepisce che tale apprezzamento scema in coloro che lo circondano, più si rafforzano le tendenze suicidarie e si consolidano i presupposti psicologici per la richiesta di essere ucciso. Invece di esprimere l'autodeterminazione libera della persona spesso la richiesta di suicidio esprime piuttosto l'esito di una sconfitta esistenziale. La permissione legale del suicidio assistito modifica radicalmente la cifra valoriale delle varie relazioni che il malato intrattiene con il nucleo dei familiari, dei conviventi e degli amici, nonché con il personale medico e infermieristico.

Affiora così un processo di degradazione antropologica⁸, che trasforma progressivamente il significato delle relazioni più significative della persona. La persistenza di una malattia incurabile costituisce fonte di sofferenza non soltanto per il paziente, ma anche per i suoi parenti e amici. L'afflizione per la sofferenza fa sorgere il desiderio, frammisto alla pietà, della sua rapida cessazione e della liberazione, tanto per il malato quanto per sé. Questi desideri, che sorgono inevitabilmente nel cuore di ognuno, anche senza alcuna malevolenza, venati purtuttavia spesso dalla coscienza del loro carattere egoistico, sono destinati a cambiare di senso una volta che il suicidio assistito sia divenuto legale. Nel fuoco della decisione in ordine alla richiesta di morte non potrà non entrare la considerazione ‘altruistica’ di liberare gli altri dai costi e dalla spedita del tempo necessario per attendere all’assistenza di un soggetto condannato a una morte prossima. Le relazioni con l’umanità circostante non potranno non subire una torsione im-pregnata dal desiderio di morte.

Un mutamento per certi versi analogo concerne la relazione medico-paziente. Dworkin e i sottoscrittori della *Lettera dei filosofi* denunciano l’ostinazione curativa dei medici che si porrebbe in contrasto con la libertà del paziente. Dato e non concesso che prevalga tra i medici un atteggiamento di aggressività curativa e non, piuttosto, di abbandono terapeutico, è evidente che la legalizzazione del suicidio assistito trasforma la relazione me-

⁸ La fenomenologia della degradazione antropologica riferita nel testo è ampiamente ispirata dallo scritto di Patricia Mann, citato alla n. 6, 19–25.

dico-paziente in modo radicale. Nella tradizione della medicina lo scopo del medico è la cura per la guarigione ovvero per il lenimento della sofferenza nella prospettiva della vita o dell'accompagnamento dignitoso all'*exitus* finale. L'introduzione del suicidio assistito rende i medici parti attive nel processo decisionale verso la morte, di cui essi diventerebbero il fattore causale terminale. L'assuefarsi alla prospettiva di morte non potrà non rendere una porzione crescente di medici in sintonia con l'assistenza al suicidio: “[...] growing proportion of doctors will find themselves sympathetic to this practice, and will find themselves comfortable with recommending it to their patients”⁹. Ancora più evidente sarà la trasformazione dell'atteggiamento nel mondo delle strutture ospedaliere e delle compagnie di assicurazione¹⁰. In quanto ispirate ai principi dell'efficienza e del profitto le une e le altre favoriranno scelte organizzative e finanziarie favorevoli al suicidio assistito: “In legalising assisted suicide, we will be legalising a method of death which will be very much more convenient as well as more cost-effective than current methods of dying. In our society, where almost everyone is pressed for time, and many are pressed for money, individual notions of agency and the fabric of social agency relations may evolve very quickly to reflect its conveniences and cost efficiency”¹¹.

In realtà la permissione del suicidio assistito non potrà non rendere la decisione sempre meno frutto dell'autodeterminazione e sempre più effetto dell'eterodeterminazione di fattori esterni scaturenti dai valori, dalle aspettative e dai desideri di coloro che circondano il malato.

Le scelte individuali si calano – e sono condizionate – dai modelli di riconoscimento e di accettazione culturale consolidati nel contesto sociale. La vita contemporanea mostra che tali modelli sono ispirati all'efficienza, alla preoccupazione per i costi economici e per lo spreco del tempo: l'imperativo sociale contemporaneo è nel senso che il tempo deve essere dedicato non tanto all'assistenza, quanto al lavoro e allo svago. Tali modelli premono sulla mentalità comune per favorire una conclusione rapida del processo di malattia. A questi (dis)valori non potrà non sfuggire la scelta del soggetto fragile. Lungi dal rappresentare l'autodeterminazione della volontà libera, il suicidio assistito risulterà la conseguenza di un complesso di fattori causali che offusca l'inclinazione naturale del soggetto a permanere nell'esistenza secondo la cifra valoriale di una relazione costruttiva con l'intera compagine sociale.

9 *Ibidem*, 21.

10 MATTHEWS JR., *Would Physician-Assisted Suicide. Save the Healthcare System Money?*, in *Physician Assisted Suicide*, cit., 312–322.

11 MANN, *Meanings of Death*, cit., 22.

4. Incompatibilità tra la narrazione di un'autodeterminazione assoluta e i principi bioetici fondamentali del beneficio e della giustizia

Nell'esperienza dei malati gravi, quando si pone concretamente il problema se praticare o non praticare determinati interventi, è difficilissimo che ricorrono tutte le condizioni affinché il paziente possa formulare un valido consenso in ordine al trattamento, anche avvalendosi delle c.d. Disposizioni anticipate di trattamento.

Un primo problema è costituito dalla completezza e dalla correttezza dell'informazione che il medico ha il dovere di fornire al paziente. Un secondo problema è costituito dalla capacità effettiva che il paziente ha di comprendere il significato della sua situazione clinica e delle prospettive terapeutiche che gli vengono presentate. Poiché il consenso è valido soltanto se pienamente consapevole delle conseguenze del trattamento e della sua omissione, l'informazione è fondamentale affinché non si consumino prevaricazioni sul soggetto debole del rapporto, che potrebbe indursi a scelte profondamente erronee a causa di una visione errata della sua situazione.

L'informazione, pertanto, va effettuata con chiarezza e comprensibilità, rendendo edotto l'interessato di tutto quanto è necessario per una decisione consapevole. Secondo Ferrando Mantovani, che ha approfondito questo tema in molteplici scritti, l'informazione deve quindi avere per oggetto la diagnosi, la prognosi, la possibilità e gli strumenti terapeutici, lo scopo e la natura del trattamento proposto, le eventuali alternative terapeutiche, i benefici e i rischi prospettabili, il decorso postoperatorio e i tempi di degenza, le strutture sanitarie più idonee e le conseguenze del rifiuto delle cure¹².

L'informazione va inoltre rapportata al grado di reale volontà del malato di conoscere la propria condizione, perché non tutti i malati desiderano veramente vedere fino in fondo la maggiore o minore prossimità del processo patologico al punto della morte, preferendo spesso affidarsi, almeno entro certi limiti, al medico. Peraltro, un'informazione completa e circostanziata, nel caso di prognosi severe o infauste, può essere deleteria per il malato e contribuire a indebolire la sua resistenza psicofisica alla progressione rapida della malattia. Il Codice deontologico prevede al riguardo che le informazioni circa prognosi gravi o infauste devono tener conto della

12 Cfr. MANTOVANI, *Biodiritto e problematiche di fine della vita*, in *Criminalia. Annuario di scienze penalistiche*, 2006, 57–90, in particolare 60.

reattività e sensibilità emotiva della persona assistita, senza escludere elementi di speranza¹³.

Non poco arduo è per il medico fornire il giusto livello d'informazione al paziente, da relazionarsi alla sua sensibilità, alla sua biografia, ai suoi modelli di vita, al suo orientamento psicologico e alla sua maggiore o minore fragilità di carattere. Né è sempre possibile al medico, che non ha una visione precisa della psicologia e della sensibilità del paziente, rendersi conto se egli ha guadagnato un livello d'informazione tale da consentirgli decisioni veramente fondate e meditate.

Soltanto la prudenza del medico, invero, innestata sul rispetto del paziente e sul dialogo continuo con lui, può consentire che egli esprima decisioni corrispondenti alla sua effettiva volontà e volte a realizzare veramente il suo maggior bene. Che la relazione medico-paziente possa essere “*giocata per la morte*”¹⁴, è contrario non soltanto al principio solidaristico, che impregna la Costituzione, ma altresì alla realtà empirica, in cui molto spesso la richiesta di cessazione delle cure non esprime un desiderio di morte, bensì l'appello al sostegno, alla vicinanza, alla condivisione, all'aiuto. Quallora si assolutizzasse il principio autonomistico rischierebbe di venir meno l'impegno del medico al sostegno del malato: “[...] *di fronte a un'espressione formalmente corretta, ed esteriormente lucida, del rifiuto di essere curati sussisterebbero, a quel punto, le condizioni per poter approfondire, facendosene carico, l'istanza che quel rifiuto autenticamente manifesti? Il pericolo, in altre parole, è quello di una mera presa d'atto, per giunta giuridicamente sancita (e indifferente alle condizioni particolari in cui la manifestazione del volere si è formata)*”¹⁵.

Soltanto il dialogo per il miglior bene del malato è capace di comporre fra loro il principio di autonomia e il principio del beneficio, intorno a cui è costruita tutta la medicina. Nel dialogo sta il vero significato dell'alleanza terapeutica fra paziente e medico: come l'informazione adeguata non può essere acquisita se non attraverso l'interazione dei due soggetti, allo stesso modo la decisione per il miglior bene non può essere assunta se non attraverso l'innesto della prudenza del medico sui desideri e sulle aspettative del malato. La conflittualità fra i due soggetti è una possibilità patologica del rapporto, non la base concettuale su cui esso dev'essere costruito. Sopravvalutare l'autonomia del paziente, fino a farne il criterio esclusivo della de-

13 Cfr. l'art. 33, par. 2 del *Codice di Deontologia Medica* (2014).

14 EUSEBI, *Il diritto penale di fronte alla malattia*, in *Medicina e Morale. Rivista Internazionale bimestrale di Bioetica, Deontologia e Morale Medica*, nuova serie, 2001, 127.

15 *Ibidem*, 128–129.

cione, implica incrementare le ragioni d'incomprensione e negare in radice l'alleanza indispensabile per il perseguitamento del maggior bene.

A livello teorico la composizione fra autonomia e principio del beneficio sembra impossibile. Ma il rifiuto del paternalismo non significa che il medico debba rinunciare al criterio morale del beneficio, senza il quale la sua opera sarebbe cieca, bensì che egli “[...] non può, non deve, né vuole esercitare tale beneficità in senso paternalistico e assoluto”¹⁶. Il medico, invero, secondo il suo giuramento e in forza del finalismo inherente intrinsecamente al suo compito, è l'alleato del malato per tutelarne nel modo più ampio possibile la vita e la salute e per alleviare le sofferenze e le pene della malattia. Il Codice deontologico delinea esattamente questo compito nel contemplare all'articolo 32 gli specifici doveri positivi del medico volti alla tutela della salute dei soggetti fragili. Con espressione forte il codice statuisce che il medico “[...] tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita”. Traspare con tutta evidenza da queste disposizioni che il medico è l'alleato del malato, soprattutto del più debole e abbandonato, per la tutela della sua vita e della sua salute.

La norma citata costituisce altresì la spia e propone il rimedio a un problema drammatico che l'esperienza consente di conoscere in modo sempre più preciso, nella misura in cui l'ambiente in cui si svolge la vita del malato tende a rifiutare o a ridurre la disponibilità all'assistenza. Le ragioni di simili atteggiamenti sono variegate e non necessariamente addebitabili a determinazioni perverse dei familiari o delle strutture sanitarie. Spesso, infatti, i costi dell'assistenza, insieme con la carenza di validi supporti intrafamiliari, a cagione degl'impegni lavorativi dei componenti della cellula familiare e del suo progressivo contrarsi, non possono essere sostenuti dai familiari. Da situazioni siffatte scaturiscono disagi psichici notevoli nel malato, che accrescono il suo senso di solitudine e di abbandono, inducendo in lui una sensazione di frustrazione e d'inutilità, fin quasi a generare un senso di colpa per gl'insolubili problemi addossati inevitabilmente alle persone a lui vicine sul piano affettivo. In questo orizzonte chiuso matura nel malato, che non intravede alcuna possibile via d'uscita, soprattutto se le condizioni economiche del gruppo di riferimento sono penose, l'idea, quasi ispirata da un sentimento di benevolenza, di rinunciare alle cure per liberare i propri cari da un peso insostenibile.

16 GRACIA GUILLÉN, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, trad. it., con Prefazione di Sandro Spinsanti, Cinisello Balsamo [Milano], 1993, 134.

Opportunamente l'articolo 32 del Codice deontologico, in precedenza citato, rammenta con forza al medico il suo compito di alleato dei soggetti fragili. Ove, infatti, si consolidasse l'orientamento contrattualistico e individualistico in ordine alla natura del rapporto terapeutico si scaverebbero solchi immensi di ingiustizie. Mentre i soggetti tutelati dall'ambiente familiare potrebbero trovare comunque un sostegno, i soggetti deboli e isolati rischierebbero di essere abbandonati alle loro "libere determinazioni" di morte. L'esaltazione acritica della libertà individuale rischia di confondersi con l'ipocrita soddisfazione per la liberazione delle risorse economiche che la rinuncia alle cure consente di ottenere.

Il circolo vizioso non si arresta però a questo punto. Le dinamiche economiche e sociologiche influiscono più di quel che normalmente si crede sui processi decisionali e sul substrato psichico ove maturano le decisioni dell'uomo. Occorre prendere realisticamente atto che l'uomo, come composto di corpo e di anima indissolubilmente congiunti fra loro, subisce sul piano spirituale i contraccolpi del suo esistere fisico, calato in una realtà economica e materiale determinata. L'assolutizzazione del principio di autonomia, con il far ricadere sul singolo l'intero peso psicologico e tutta la responsabilità giuridica della decisione, colpevolizza in modo penoso e ingiusto il malato. Costui, scegliendo per la protrazione delle terapie, non sfuggirebbe al rimprovero, esplicitamente formulato o anche soltanto implicitamente adombrato, di aver assunto decisioni tese a conservare egoisticamente l'esistenza con la pratica di cure costose, implicanti altresì l'assidenza continua di familiari o di più persone specializzate. Nella spontanea rinuncia alle cure, con la consapevole liberazione della società dai costi per esse necessari, si manifesterebbe, invece, una generosità altruistica degna di approvazione. Traspare così il volto oscuro inerente all'esasperazione del principio di autonomia. Il verso della medaglia, che viene rappresentato mediaticamente, mostra il compiacimento per l'esaltazione della libertà individuale, rivelata dal diritto di ciascuno di decidere da sé e per sé. Tale diritto esprimerebbe il dominio supremo della persona sulla realtà, cui sarebbe inerente la capacità di sfidare la morte, a tal punto coraggiosa da anticiparla nel tempo, con il sottrarsi alle sofferenze che normalmente la corteggiano. Il retro della stessa medaglia lascia intravvedere la prevaricazione dei sani, dei forti e dei potenti. Con l'assegnazione ai malati, ai fragili e agli'impotenti della decisione di vita e di morte su se stessi viene sottilmente adombrata l'inutilità di una vita priva di *standard* adeguati di qualità e viene stigmatizzato l'accanimento egoistico di voler essere mantenuti in vita. La concezione contrattualista della medicina, che pone al suo centro l'assolutizzazione del principio autonomistico, apre la strada in realtà all'internizzazione del principio utilitaristico, ove i costi e i benefici di cui occorre-

rebbe tener conto nelle decisioni, passando attraverso la strumentalizzazione del debole, sono in realtà di tipo economico e monetario, senza alcuna attenzione per la dignità inherente in modo uguale a ogni singola vita umana. Il principio bioetico di giustizia, nella sua specificazione di “diritto all’uguaglianza” di ogni persona, che implica il diritto “a uguale considerazione e rispetto” da parte dell’ordinamento giuridico, trova a questo punto la sua più radicale negazione.

5. Pregiudizio che l’ammissione giuridica del suicidio assistito reca all’integrità e all’efficacia del rapporto tra medico e paziente, soprattutto all’interno delle strutture ospedaliere e di assistenza

Il suicidio assistito reca un grave pregiudizio all’integrità e all’efficacia del rapporto curativo tra medico e paziente, soprattutto all’interno delle strutture ospedaliere e di assistenza ai malati in cui il suicidio assistito sarebbe in via ordinaria praticato. Lo psichiatra americano Michael Teitelman, ha esposto in uno scritto, significativamente intitolato *Not in the House*¹⁷, quattro argomenti per invocare, ove il suicidio assistito sia reso legale, che, comunque, esso non sia praticato in ospedale. Le sue considerazioni valgono comunque, a mio avviso, con riferimento a qualsiasi condizione in cui il medico venga chiamato a somministrare la sua competenza nell’aiuto al suicidio.

I quattro argomenti sono: i) il nesso tra malattia, depressione e propensione al suicidio in un quadro giuridico in cui il suicidio assistito sia legale; ii) il logico passaggio dal suicidio assistito all’eutanasia attiva ove sia compiuto il primo *step* del suicidio assistito; iii) la destabilizzazione dell’*ethos* della medicina con l’irruzione del suicidio assistito; iv) la degradazione del significato dell’ospedale nella considerazione sociale.

Con il primo rilievo Teitelman osserva che la legalizzazione del suicidio assistito indurrebbe i medici a uccidere pressoché sempre i soggetti malati di depressione¹⁸, anche se gli interventi psicoterapeutici o psicofarmacologici

17 TEITELMAN, *Not in the House. Arguments for a Policy of Excluding Physician-Assisted Suicide from the Practice of Hospital Medicine*, in *Physician Assisted Suicide*, cit., 203–222.

18 Il nesso tra malattia, depressione e propensione al suicidio è stato descritto ampiamente nella letteratura medica. La depressione, sottodiagnosticata già nella popolazione comune, è di difficile diagnosi soprattutto tra i pazienti affetti da patologie gravi per la sovrapponibilità dei criteri diagnostici che la concernono con i sintomi della malattia di base del paziente: scarsa energia, perdita di appetito e di

gici potrebbero guarire il paziente dalla depressione ed estinguere il suo interesse al suicidio¹⁹. L'ospedalizzazione, infatti, di malati con patologie prolungate, progressive e normalmente fatali come il cancro, i disordini neurovegetativi (sclerosi multipla e sclerosi amiotrofica laterale), i deficit cardiaci gravi, l'AIDS, avviene quando la sintomatologia diventa severa ovvero quando sopravvengono complicazioni nel trattamento. L'ingresso in ospedale di questi pazienti segna al contempo un grave deterioramento fisico e una forte demoralizzazione psicologica, che favoriscono la richiesta del suicidio.

Il secondo argomento concerne gli aspetti tecnici del suicidio assistito, confrontati con l'uccisione diretta da parte del medico. L'assunzione orale autosomministrata pone non di rado difficoltà pratiche e implica incertezza su un esito immediato e senza sofferenze. L'infusione letale endovenosa da parte del medico, che abbatte il sistema nervoso centrale, rappresenta una via più diretta e immediata; evita con sicurezza sofferenze per il paziente; non postula la coscienza e la volontà attuale del malato né richiede la sua cooperazione. È inevitabile che, sia per ragioni pratiche che per un sentimento di compassione, lo staff medico tenderà a sostituire le infusioni letali endovenose all'assunzione orale autosomministrata. Ciò, peraltro, renderebbe meno controllabile il comportamento dello staff medico, aprendo la strada all'eutanasia volontaria²⁰.

Il terzo argomento riguarda tanto le dinamiche psicologiche e interpersonali all'interno dello staff medico quanto la qualità delle cure praticate al malato nelle fasi finali di vita. Il suicidio assistito potrebbe demotivare, anche sotto l'influenza delle strutture sanitarie e delle società assicurative, i medici in ordine alla qualità e quantità della cura, nuocendo all'integrità etica della professione medica e alla sua identità come professione che ha per vocazione la guarigione o, in ogni caso, la cura del paziente. Inoltre, l'ospedale è uno spazio pubblico che coinvolge l'attività di soggetti estranei al mondo del paziente. Nel suicidio assistito sarebbero necessariamente coinvolti medici, dirigenti sanitari, comitato etico, consulenti psichiatrici e infermieri, suddivisi in almeno tre strati professionali. Se il suicidio deve rispondere a un atto che scaturisce dalla libertà intima del soggetto, le modalità del suo compimento descriverebbero un quadro opposto a quello

peso, disturbi del sonno, fragilità nella concentrazione e disturbi della malattia a breve termine. Cfr. CHOCHINOV, WILSON, ENNS, LANDER, *Prevalence of Depression in the Terminally Ill: Effects of Diagnostic Criteria and Symptom Threshold Judgments*“, in *American Journal of Psychiatry*, 151 (4), 1994, 537–540.

19 TEITELMAN, *Not in the House*, cit., 208–210.

20 *Ibidem*, 211–213.

della *privacy* che deve rispettare la dignità del morente. Né va dimenticata la condizione degli altri pazienti in condizioni gravi, nei cui confronti la pratica della sedazione profonda, utilizzata come modalità palliativa, potrebbe essere anticipata per affrettarne ingiustamente la morte. Vista la cosa dal punto di vista dello *staff* ospedaliero, l'introduzione del suicidio assistito rischia di trasformare il suicidio assistito da scelta esistenziale del paziente in una procedura che il sistema sanitario fornisce, in maniera equivalente alla cura, a partire dal momento in cui tramonta la possibilità di prestare terapie efficaci²¹.

Teitelman svolge in conclusione del suo scritto una riflessione di etica pubblica assai pregnante. L'ospedale è, nella considerazione contemporanea, un luogo che suscita reazioni ambivalenti. Per un verso è visto, come nella tradizione della cristianità occidentale, alla stregua di un luogo di cura e di assistenza, ove le energie dei medici e del personale infermieristico sono spese per il bene del malato; per un altro verso, però, in conseguenza della trasformazione aziendalistica del sistema sanitario, si sono scatenate tensioni sempre più vive dei familiari del malato per la scarsa qualità e quantità delle terapie e dell'assistenza, spesso motivate da accuse al personale sanitario di ricercare il profitto economico e il successo personale, piuttosto che di prestare l'attenzione dovuta ai malati. L'introduzione del suicidio assistito rischierebbe di trasformare l'ospedale lungo la linea di degrado sopra evocata. L'ospedale rischierebbe di passare, nell'immaginario collettivo, soprattutto di coloro che nutrono sfiducia, per la loro marginalizzazione sociale, nelle istituzioni, come il luogo nel quale alcuni sono uccisi dagli altri per il loro tornaconto sotto l'auspicio dello Stato²².

6. L'autodeterminazione nel quadro dei valori costituzionali

Poiché nella realtà l'autodeterminazione autoreferenziale non esiste, in quanto costituisce il frutto di un individualismo ideologico che nega i limiti della condizione umana – nega, soprattutto, l'essenziale finitudine umana –, è evidente che la Costituzione repubblicana, nata in un'epoca storica che ha conosciuto l'incontro tra il solidarismo cristiano e le aspirazioni all'uguaglianza dei movimenti di matrice socialista, non accoglie in

21 *Ibidem*, 213–217.

22 *Ibidem*, 217–218, in particolare il punto in cui Teitelman osserva che l'introduzione del suicidio assistito nella pratica ospedaliera rischierebbe di dare la percezione sociale dell'ospedale “*as a locus in which some people are killed by others for someone else's benefit*” (217).

modo acritico e indiscriminato il principio dell'autodeterminazione personale. Né si è formato con il tempo alcun ‘diritto vivente costituzionale’ che abbia modificato i principi fondamentali della Carta. Piuttosto, essa inserisce l'autodeterminazione all'interno di un quadro complessivo di valori guidati dal principio della dignità oggettiva, senza discriminazioni di sorta, dell'uomo, considerato “sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità” (art. 2 Cost.)²³.

Con realismo ontologicamente fondato, la Costituzione contempla, pertanto, in stretta relazione tra loro, i diritti fondamentali con i doveri di solidarietà a livello politico, economico e sociale. La stretta correlazione tra i diritti e i doveri postula un principio superiore, quello sorgivo della dignità, che rinvia al fondamento comune dei diritti e dei doveri, proclamato al 1° comma dell'art. 3 Cost.

La dignità non è forgiata dalla libertà. È vero il contrario. Come dice Antonio Ruggeri: “Una libertà senza limiti è infatti ... una “non libertà”, costituzionalmente non riconoscibile e storicamente non riconosciuta, altrimenti scadendo e snaturandosi in licenza o arbitrio. Diversamente, una dignità soggetta a limiti sarebbe una *contradiccio in adiecto*”²⁴. La volontà della persona svolge certamente un ruolo di primaria importanza nelle vicende della vita; essa però va incontro a limiti “secondo quanto è proprio di ogni diritto (o più in genere, valore) fondamentale (eccezion fatta, ap-

23 Sulla dignità umana nella nuova disciplina della bioetica v. FURLAN, *Dignità umana e bioetica: risorse e problemi di una nozione fondamentale*, in *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Milano, 2009, 7–54; BOMPIANI, *La genesi della Convenzione Europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina: una ricostruzione storica*, ivi, 57–75; ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, ivi, 77–109; BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, ivi, 113–142; REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, ivi, 143–161, il quale, riaffermando la rilevanza del teorema della dignità umana, mette in guardia dal collegarlo a prospettive che pecchino di un ingenuo naturalismo ovvero a una immagine esclusivamente biologica e non dinamica della natura umana. A beneficio dei giuristi Reichlin insegna che tale teorema non deve essere invocato in funzione immediatamente normativa, bensì in un complesso esplicativo che pone in correlazione la dignità con i principi giuridici pure rilevanti nei singoli casi (161).

24 RUGGERI, *Appunti per uno studio sulla dignità dell'uomo, secondo diritto costituzionale*, in *Rivista telematica giuridica dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 1/2011, 3. Contra GEMMA, *Dignità umana: un disvalore costituzionale?*, in *Quad. cost.*, 2/2008, 379 ss; sulla stessa linea RISICATO, *Dal “diritto di vivere” al “diritto di morire”. Riflessioni sul ruolo della laicità nell'esperienza penalistica*, Torino, 2008 e FIANDACA, *Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale*, in *Foro it.*, 6/2009, V, 227 ss.

punto, della dignità)²⁵. Se l'autodeterminazione venisse prima della dignità, la misura di quest'ultima varierebbe da uomo a uomo e condurrebbe allo smarrimento della stessa dignità²⁶. La dignità invece è indisponibile²⁷.

Sul piano costituzionale la dignità umana è valore fondamentale, richiamato oltre che nel già visto art. 3, 1° co., che fonda l'uguaglianza di tutti gli uomini davanti alla legge sulla “pari dignità sociale”, anche nell'art. 41, 2° co., che configura la dignità umana come limite all'iniziativa economica privata. Né vanno dimenticati l'art. 27, 3° co. alla cui stregua le pene non possono consistere in “trattamenti contrari al senso di umanità” e il 4° co., che vieta in modo assoluto la pena di morte. L'art. 22 stabilisce che nessuno può essere privato, per motivi politici “della capacità giuridica, della cittadinanza, del nome”; l'art. 698, 1° co. del codice di rito penale vieta la consegna della persona “quando vi è ragione di ritenere che l'imputato o il condannato verrà sottoposto ad atti persecutori o discriminatori per motivi di razza, di religione, di sesso, di nazionalità, di lingua, di opinioni politiche o di condizioni personali o sociali ovvero a trattamenti crudeli, disumani o degradanti o comunque ad atti che configurano violazione di uno dei diritti fondamentali della persona”.

Nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, che oggi ha assunto lo stesso valore giuridico dei

25 RUGGERI, *Appunti*, cit., 5.

26 *Ibidem*. V. anche GLENDON, *Il fondamento dei diritti umani: il lavoro incompiuto*, ora in Id., *Tradizioni in subbuglio*, a cura di CAROZZA e CARTABIA, Soveria Mannelli, 2007, 98, secondo cui “i diritti umani sono fondati sul dovere di ciascuno di portare a compimento la propria dignità, che a sua volta obbliga a rispettare la ‘donata’ scintilla di dignità presente negli altri, qualunque cosa costoro ne abbiano fatto”. V. anche SPAEMANN, *Tre lezioni sulla dignità della vita umana*, Torino, 2011; in particolare sulla connessione della dignità con la questione dei diritti Id., *Über den Begriff der Menschenwürde*, in Id., *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Stuttgart, 2001, 107–122. Nello stesso senso v. anche MATHIEU, *Privacy e dignità dell'uomo. Una teoria della persona*, Torino, 2004, secondo il quale la dignità è il rapporto non oggettivabile della persona con la sua origine e con il suo fine spirituale (95). La dignità è il diritto della persona al pieno sviluppo del suo io intimo e profondo.

27 In questo senso l'individuo privato della dignità soffre una “negazione della sua stessa umanità”: così SILVESTRI, *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona*, in www.associazionedeicostituzionalisti.it; v. pure EUSEBI, *Dinnanzi all’ “altro” che ci è problema: l’ “incostituzionalità” di ogni configurazione dell’ “altro” come nemico*, in *Arch. giur.*, 4/2009, 433 ss., spec. 448 ss.

Trattati, per effetto dell'art. 6, n. 1 del Trattato sull'Unione Europea²⁸, la "dignità della persona umana non è soltanto un diritto fondamentale in sé, ma costituisce la base stessa dei diritti fondamentali"²⁹. Le spiegazioni predisposte dal *Presidium* della Convenzione Europea che aveva redatto la Carta e che ne costituiscono uno strumento di interpretazione focalizzano nella dignità il valore fondante dei diritti fondamentali. Come conseguenza: "che nessuno dei diritti sanciti nella presente Carta può essere usato per reare pregiudizio alla dignità altrui e che la dignità umana fa parte della sostanza stessa dei diritti sanciti nella Carta"³⁰.

La dignità della persona, come qualcosa di originario che connota l'umanità dell'uomo, che non è data da una norma e che non consegue a un antecedente empirico, spetta all'uomo per la semplice "novità" di essere venuto al mondo³¹. L'uomo, insignito di questa dignità originaria, che lo rende autonomo e artefice del proprio destino, deve al contempo meritarsela come oggetto del compito inderogabile che sostiene l'intera sua vita contro il *Gestell* economico-tecnologico e contro gli innumerevoli *idola* che si ergono continuamente nell'esistenza sopra, accanto e contro di lui. Assai pregnante è il rilievo di Giampaolo Azzoni, secondo cui la dignità umana va vista "non solo come limite all'autodeterminazione, ma, insieme, come modo dell'autonomia, cioè di una volontà libera (non eteronoma e non contraddittoria) che consideri la persona nella sua integrità e non la riduca ad una sua parte"³².

28 Trattato sull'Unione Europea come modificato dal Trattato di Lisbona del 13 dicembre 2007, entrato in vigore il 1º dicembre 2009.

29 Spiegazioni relative alla Carta dei diritti fondamentali (2007/C303/02). Cfr. anche MALVESTITI, *Criteri di non bilanciabilità della dignità umana*, relazione al Convegno Diritti fondamentali e diritti sociali, organizzato dall'Istituto di Storia, Filosofia e Diritto ecclesiastico e dall'Istituto di Studi storici dell'Università degli Studi di Macerata (22–23 novembre 2011).

30 Sulla dignità nella Carta dei diritti fondamentali si vedano *ex multis* MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in *La Politica del Diritto*, 2011, 45 ss.; SACCO, *Note sulla dignità umana nel «diritto costituzionale europeo»*, a cura di PANUNZIO, *I diritti fondamentali e le Corti in Europa*, Napoli, 2005, 596 ss. Evidente è il riflesso nella Carta di Nizza del *Grundgesetz* tedesco del 1949, che all'art. 1 sancisce l'intangibilità della dignità dell'uomo e il dovere di ogni potere statale di rispettarla e proteggerla, riconoscendo altresì i diritti umani fondamentali e inviolabili come conseguenza della stessa dignità (cfr. MAUNZ, DÜRIG, *Grundgesetz, Kommentar*, Beck-online).

31 Così MATHIEU, *Privacy e dignità*, cit., 138.

32 AZZONI, *Dignità umana e diritto privato*, in *Ragion Pratica*, 2012, 93 ora in Id., *Nomofanie. Esercizi di filosofia del diritto*, 2º ed., Torino, 2018, 233–254.

Se la dignità si esaurisse nell'autodeterminazione, secondo l'assunto di Dworkin per cui la dignità esprimerebbe la coerenza delle scelte di vita³³ scaturenti dall'autodeterminazione individuale, affiorerebbero immediatamente tre aporie insolubili: i) la prima, concernente la contraddizione dell'uomo tra sé e sé, perché soltanto ipoteticamente e dall'esterno si potrebbe individuare quale sia l'atto di autodeterminazione che conferirebbe integrità alla molteplicità innumerevole delle autodeterminazioni dell'uomo nella sua esistenza; ii) la seconda, concernente l'introduzione di una radicale disuguaglianza delle persone tra loro, perché sarebbero portatrici di dignità soltanto le persone capaci di una pura e trasparente autodeterminazione, e non quelle che di ciò non sono capaci, o assolutamente, per l'inabilità di intendere, o parzialmente, per le ferite inferte all'intelletto e alla volontà dalle occorrenze della vita; iii) la terza, concernente l'irrimediabile separazione che verrebbe eretta tra ciascun uomo e tutti gli altri uomini e tra ciascuno e ogni singolo altro uomo, con la rottura del vincolo ontologico che avvince gli esseri umani tra loro in una solidarietà intragenerazionale e transgenerazionale.

La dignità umana implica dei limiti all'autodeterminazione individuale. Questi limiti sono suscettibili di un giudizio, in una certa misura discrezionale, che spetta pronunciare alla prudenza politica delle istituzioni responsabili del governo della società alla luce del principio statuito dall'art. 1 della Costituzione repubblicana. Sussiste però un nucleo essenziale di atti contro gli altri e anche contro di sé contrari alla dignità umana che possono – e talora debbono – essere stigmatizzati come contrari al diritto e alla giustizia. Tra questi, la dazione di se stessi in schiavitù, l'automutilazione³⁴, l'esposizione ad atti di sadismo sessuale, la vendita di organi del corpo che rendono la persona priva dell'indispensabile funzionalità personale e sociale e, infine, la vita stessa. La dignità umana è un limite all'autodeterminazione: essa non è disponibile perché la “dignità umana è ciò che deve essere prima di tutto attribuito all'uomo perché all'uomo originariamente appartiene”^{35 36}.

33 V. la critica alla tesi di Dworkin in NICOLUSSI, *Rifiuto e rinuncia ai trattamenti e obblighi del medico*, in *Studi in onore di Mario Romano*, Napoli, 2011, 2897.

34 Significativa è l'introduzione nell'ordinamento dell'art. 583 bis c.p. (art. 6, co. 1, L. 9 gennaio 2006 n. 7) del delitto denominato “Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili”.

35 AZZONI, *Dignità umana*, cit., 96.

36 L'esame di dottrina e giurisprudenza consente di riconoscere la prevalenza di un orientamento volto a riconoscere il principio secondo cui la dignità dell'uomo costituisce un limite invalicabile all'autodeterminazione soggettiva. *Ex multis v.*

Alla base dell'autodeterminazione sta l'autoresponsabilità: la responsabilità di ciascun uomo verso se stesso, verso la ragione di vero e di buono che sostanzia il complesso dei diritti e dei doveri degli uomini che vivono nella società comune. Tommaso d'Aquino riconosce sussistente un dovere giuridico dell'uomo verso se stesso, anche se lo definisce giuridico solo per analogia, poiché il diritto è essenzialmente *relatio ad alterum*³⁷. Nella visione kantiana dell'autonomia del soggetto che fonda la legge morale e giuridica, il dovere verso se stessi di rispettare la propria vita è ugualmente cogente. L'unità dell'essere umano nelle componenti soggettiva ed oggettiva implica di definire sul piano logico giuridico la relazione dell'azione esterna non soltanto come interpersonale, ma anche come intrapersonale nel rapporto dell'uomo con se stesso³⁸.

Dunque, una autodeterminazione che non si fondasse sull'autoresponsabilità sarebbe priva di valore razionale universale e non corrisponderebbe ad altro che alla empirica espressione dell'arbitrio individualistico.

LEVINET, *Dignité contre dignité. L'épilogue de l'affaire du «lancer de nains» devant le Comité des droits de l'homme des Nations Unies*, in *Revue trim. des droits de l'homme*, 2003, 1024 ss.; AILINCAI, *Propos introductifs*, in *La Revue des droits de l'homme*, Édition électronique, 8/2015; BERNARD, *L'évolution de la notion de dignité en droit*, intervento al Convegno organizzato dall'Institut international de recherche en éthique biomédicale, Parigi, 5–6 dicembre 2007; AUNE, *Le phénomène de multiplication des droits subjectifs en droit des personnes et de la famille*, Aix-en Provence, 2007.

- 37 “Cum vero aliquis agit quod in bonum proprium vel malum vergit [...] licet non debeatur ei retributio in quantum est bonum vel malum singularis personae, quae est eadem agenti, nisi forte a seipso secundum quandam similitudinem, prout est iustitia hominis ad seipsum” (T. d'AQUINO, *Summa Theologiae, Prima Secundae*, Q. 21, A.3, R.).
- 38 Sul tema cfr. il commento del penalista germanico di ispirazione kantiana KÖHLER, *Die Rechtspflicht gegen sich selbst*, in *Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics*, Vol. 14, 2006, 425–446, spec. 438–439: “Rechtslogisch ist das äußere Handlungsverhältnis also nicht erst interpersonal zu definieren, sondern intern äußerlich (oder: intrapersonal) im Verhältnis der Person zu sich [...] verletzt es aber einheitlich, sowohl die ethische Pflicht der Selbsterhaltung, als auch und vorrangig die Rechtspflicht im Selbstverhältnis. Selbstbestimmung (Autonomie) als handelnd-gesetzgebend ist nicht anders denkbar als unter Voraussetzung ihres leiblich-geistigen Potenzials in menschlicher Individualität; sich dagegen zu wenden, ist deshalb als Akt erlaubter Selbstbestimmung ausgeschlossen“.