

LETTERA APERTA

*All'illustrissimo Signor Presidente
della Regione, Alberto Stefani*

*Al Signor Presidente del Consiglio
Regionale, Luca Zaia*

Ai Pregiatissimi Consiglieri Regionali

Oggetto: Movimento per la Vita Italiano e network associativo “Ditelo sui tetti”: 18 motivi per cui il Progetto di Legge n. 1 “Proposta di Legge di iniziativa Popolare Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale” VA RESPINTO – e una proposta alternativa migliore

*Illustrissimo Signor Presidente della Regione, Signor Presidente del Consiglio Regionale,
Pregiatissimi Consiglieri,*

il **Movimento per la Vita Italiano**, anche a nome di tutte le sue articolazioni territoriali, e il **network di associazioni “Ditelo sui tetti”** esprimono la più ferma contrarietà all'approvazione del progetto di legge in oggetto cd. “sul fine vita” da parte della Regione Veneto.

Il Consiglio Regionale si appresta martedì 1° settembre a rivotare sulla proposta di legge sul fine vita della associazione Coscioni, che vuole affermare l'obbligo degli ospedali pubblici a dare prestazioni che anticipino la morte, definendo come “diritto” il suicidio medicalmente assistito, in gravissimo contrasto con i fondamenti antropologici stessi su cui si fonda la Repubblica italiana.

Si ripropone – in modo assai anomalo - un tema già bocciato dal Consiglio Regionale il 16 gennaio 2024, con un imbarazzante blitz agostano, senza che nell'attuale legislatura, vi sia stata discussione nella commissione consiliare preposta, e senza che siano stati auditi i portatori di interessi toccati dalla legge,

Il Presidente Zaia, nella sua lettera aperta di sabato 29 agosto richiama giustamente tutti ad “essere all'altezza” della responsabilità di decidere “nell'interesse dei nostri cittadini, antepoendo la libertà di coscienza all'appartenenza politica”.

Proprio auspicando che i Consiglieri Regionali siano all'altezza della decisione da assumere, invitiamo i Consiglieri Regionali a RESPINGERE la proposta di legge, per i motivi che illustriamo.

Sono moltissime le ragioni costituzionali, bioetiche e politiche per rigettare la proposta di legge, di cui molte confermate dalla stessa giurisprudenza costituzionale, che peraltro continua ad evolvere attraverso le decisioni 242/2019, 135/2024, 204/2025 e 148/2026.

Proprio quest'ultima sentenza della Corte Costituzionale, pur riconoscendo alle Regioni uno spazio di intervento sugli aspetti meramente organizzativi dell'assistenza sanitaria, ha ribadito che i requisiti sostanziali di accesso e gli elementi essenziali della disciplina appartengono all'ordinamento statale e non possono essere cristallizzati dalla legislazione regionale.

Pertanto, benché non sia costituzionalmente preclusa una legislazione regionale organizzativa di dettaglio, è anche vero che **le regioni non sono affatto obbligate ad adottare una tale legislazione, ed a nostro avviso resta opportuno che la Regione Veneto scelga di NON anticipare e NON consolidare sul piano politico e amministrativo un assetto che resta nei suoi principi essenziali affidato al diritto nazionale e alla giurisprudenza costituzionale** e che potrebbe evolvere ulteriormente.

Infatti, **l'adozione di una normativa che regola gli aspetti amministrativi dell'assistenza (che dal nostro punto di vista sarebbe meglio chiamare complicità) nel suicidio costituisce senza ombra di dubbio un assenso POLITICO a tale impostazione, imperdonabile sul piano degli impegni assunti dal centrodestra con gli elettori che lo hanno scelto come alternativa chiara alle forze di sinistra favorevoli ai falsi diritti come l'eutanasia e altre derive ideologiche.**

Consideriamo pertanto l'approvazione di tale progetto di legge sbagliata sul piano antropologico, istituzionale e politico, nonché incompatibile con le radici culturali e religiose dei cittadini che il Consiglio Regionale del Veneto rappresenta; illustriamo di seguito i molti motivi per cui tale progetto di legge VA RESPINTO con assoluta fermezza.

Come si dirà anche più avanti, il punto è semplice e così sintetizzabile: una legge e le strutture pubbliche indicano un "bene", specie nello smarrimento dell'attuale "cambio d'epoca. Se il Sistema sanitario pubblico venisse piegato a prestazioni/erogazioni che anticipano la morte dei malati, affermerebbero che la vita debole non ha dignità.

Invece, la ragione ci offre un elemento che dimostra l'indisponibilità della vita, perché ogni vita e ogni condizione di esistenza ha in sé una domanda di Senso, di Bellezza, di Pienezza, che deve essere massimamente rispettata. Sempre!

Va precisato che, pur consapevoli della distinzione giuridica fra l'assistenza (sarebbe meglio dire la complicità) nel suicidio e l'atto di provocare deliberatamente la morte, chiamato eufemisticamente "eutanasia", **li consideriamo manifestazioni di tale medesimo – errato e dannoso – paradigma antropologico.**

Chiarito tale aspetto, indichiamo subito la tesi di fondo, che andremo quindi ad argomentare: **l'eliminazione del sofferente piuttosto che della sofferenza, sia nella forma dell'assistenza (meglio sarebbe dire: complicità) nel suicidio sia nella forma attiva dell'omicidio del consenziente non amplia ma piuttosto comprime e banalizza il dominio della libertà e responsabilità individuale di fronte a quello che la letteratura chiama il "momento supremo" dell'esistenza; in termini più semplici, quasi da slogan, è una risposta sbagliata a una domanda giusta.**

Vi è infatti una domanda originaria, che riguarda cos'è la morte, cosa significa "buona morte", e come si muore nel 2026 e negli anni a venire, in un contesto di sempre più veloce progresso tecnologico e medico, accompagnato però da grandi sfide sociali, con disuguaglianze sempre crescenti, un andamento demografico da invertire, e una prospettiva di solitudine per moltissime persone anziane.

È vero, infatti, che il progresso medico ha portato con sé la sopravvivenza anche a condizioni di salute molto difficili e condizionanti, con situazioni in cui forme di ostinazione irragionevole nei trattamenti (cd. "accanimento terapeutico"), che la legge impone di evitare, possono verificarsi per varie ragioni, inclusa l'ostinazione dei familiari.

Tuttavia, la risposta a tale domanda non può essere medicalizzare la morte come se fosse l'ennesimo atto burocratico, l'atto finale di una vita misurata solo sulla capacità di produrre e di consumare, e non anche sulla capacità di amare, di rendere il presente un luogo migliore e più bello in cui nascere, crescere, vivere e morire.

La risposta alle grandi domande del morire non può essere l'abbandono del sofferente, proponendo la morte come soluzione alla sofferenza, con una carità pelosa rispetto a cui non si può non cogliere il rischio che diventi pseudo-carità anche interessata.

È in gioco anche il ruolo stesso del Servizio Sanitario pubblico, la cui funzione di cura ai cittadini non può essere sovvertita prevedendone l'intervento diretto nel provocare la morte o facilitare il suicidio del paziente.

Si insiste: ove il Servizio Sanitario assumesse tale ruolo, lo Stato si troverebbe ad affermare che alcune vite, apparentemente prive di utilità produttiva, non meriterebbero più di essere curate, facendo propria così una pretesa ideologica e antropologica di stampo iperindividualista.

Peraltro come dimostrano studi scientifici anche italiani, ovunque il Servizio Sanitario pubblico è stato sovvertito verso prestazioni contro la vita, si sono impennate le richieste di morte, a causa del giudizio pubblico di disvalore e di abbandono dei più fragili che inevitabilmente ne consegue¹.

¹ Cfr. Colombo-Della Zuanna, *La demografia del fine vita*, Rass. Sociologia, 2023.

Vi è anche una incompressibile questione di libertà legata all'esigenza di assicurare totale libertà di coscienza a chi non intende farsi complice della morte altrui, né al momento della valutazione delle condizioni del paziente, né, tantomeno, al momento della esecuzione dell'atto letale.

Qual è allora la risposta giusta alle grandi domande sul morire del nostro tempo?

Noi affermiamo che esistono modi di morire molto migliori che non con la morte di Stato somministrata o auto-somministrata, in un estremo gesto che noi consideriamo non di libertà ma di solitudine, una sconfitta sia per chi subisce tale estrema ingiuria sia per la comunità di chi rimane; la morte di Stato è una sconfitta collettiva per lo Stato e per ciascun cittadino.

In primis, è opportuno reimparare collettivamente la cultura del buon morire, che poi altro non è che una parte della più generale conoscenza dei principi del buon vivere; c'è in questo senso la necessità di riacquisire una consapevolezza che è stata smarrita anche perché troppo spesso la morte arriva in condizioni di solitudine, lontano da casa.

Non a caso, infatti, il timore della morte che i sostenitori dell'eutanasia sfruttano abilmente per arrivare alla legalizzazione della stordita etica che è l'assistenza (ancora una volta: sarebbe meglio dire complicità) nel suicidio ha trovato nuovo vigore dopo la terribile esperienza della pandemia, in cui troppe persone hanno affrontato l'estrema e grandiosa esperienza del morire da sole, in letti che nemmeno i familiari più stretti potevano raggiungere.

In appendice sviluppiamo per punti la nostra tesi, trattando nella prima parte i motivi per cui l'assistenza (o meglio: complicità) nel suicidio è sbagliata, e illustrando nella seconda parte una proposta di principio per una legislazione sul fine vita che recuperi la sapienza e l'arte del morire, che tratti la sofferenza senza percorrere la scorciatoia di eliminare il sofferente, che recuperi il processo del morire a una logica di consapevolezza, solidarietà e bene comune.

La nostra proposta di principio nasce guardando alle culture sul buon morire, in cui, ancorché pratiche e soluzioni concrete differiscano molto, è possibile riconoscere alcuni elementi ricorrenti:

- sollievo del dolore;
- presenza, anziché abbandono;
- famiglia e comunità;
- riconciliazione e compimento delle relazioni;
- preparazione spirituale o psicologica;
- rinuncia a trattamenti inutili quando è arrivato il momento di morire;
- **soprattutto: riconoscimento che il periodo del morire possiede ancora un valore proprio.**

Anche la revisione comparativa delle grandi religioni mondiali mostra che, pur con molte differenze interne, mentre l'eutanasia e il suicidio assistito rispondono al problema della cattiva morte eliminando il morente, le grandi tradizioni cercano invece di trasformare il modo in cui egli muore.

La moderna medicina palliativa dimostra che lo stesso paradigma può essere tradotto in medicina scientifica: controllare il dolore, eliminare i sintomi intollerabili, evitare trattamenti futili, sostenere famiglia e psiche, assistere spiritualmente chi lo desidera, e lasciare che la morte arrivi senza farne un atto medico intenzionale.

In conclusione, ecco il nostro invito ed appello al Consiglio Regionale Veneto:

- **RIGETTATE LA PROPOSTA DI LEGGE RADICALE SUL FINE VITA;**
- **FATE CHE LA REGIONE VENETO OFFRA A TUTTI I PIU' GRAVI UNA SSISTENZA H24 E CHE VI SIA UNA GENERALE GARANZIA DI CURE, ANCHE PALLIATIVE, APPROPRIATE SENZA LIMITI DI CONDIZIONI E DI ETA';**
- **INVESTITE SUGLI HOSPICE, SECONDO CRITERI DI PARTENARIATO PUBBLICO-PRIVATO, CON IL COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE;**
- **INVESTITE SULLA CULTURA DEL BUON MORIRE COME PARTE DEL BUON VIVERE, A PARTIRE DALLE FAMIGLIE E DALL'ETA' SCOLARE, NEGLI ULTIMI ANNI DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO E NELLE SCUOLE SUPERIORI.**

Noi, popolo della Vita, riconosciamo il valore del processo del morire e il valore del morente e del sofferente anche nella sua fragilità; ci rendiamo pertanto disponibili a collaborare con le istituzioni per azioni realmente affermative della dignità del sofferente e del morente riconoscendone la funzione personale, familiare e sociale anche nel processo del morire, svelando l'inganno secondo cui il morente e il sofferente dovrebbero dare senso alla propria sofferenza dandosi la morte o facendosi uccidere.

Roma, Venezia, 29 agosto 2026

Per il MOVIMENTO PER LA VITA ITALIANO

Prof.ssa Marina Casini – Presidente

FEDERVITA VENETO

Dott.ssa Simonetta Sartor – Vice Presidente

NETWORK "DITELO SUI TETTI"

Domenico Menorello – Presidente

*Riferimento: Andrea Pederiva, Uniti per la Vita CAV-MPV Treviso
andrea.pederiva@libero.it*

APPENDICE – PERCHE’ EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO VANNO RESPINTI, E QUALE INVECE DOVREBBE ESSERE LA RISPOSTA ALLA DOMANDA SUL COME SI MUORE NEL NOSTRO TEMPO

PERCHE’ EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO PROPOSTI DAI RADICALI VANNO RESPINTI

Gli argomenti riportati di seguito sono trattati in modo sintetico per ovvie esigenze di sintesi e rapidità di lettura; ciascuna argomentazione può essere sviluppata facendo riferimento a vasta letteratura sia scientifica sia antropologica.

1) Violazione della dignità umana

Nessuna vita è indegna di essere vissuta; nessuna vita è priva di valore; nessuna vita è incapace di portare un contributo positivo agli altri esseri umani, quale che sia la condizione in cui si trovi. A contrario, l’esperienza insegna che proprio le vite più fragili portano con sé insegnamenti più profondi e necessari per guardare al futuro con fiducia e speranza.

2) Eliminazione del sofferente invece della sofferenza

Certamente la scomparsa della persona sofferente elimina anche la sofferenza; ma si tratta di una scorciatoia indegna di una società che voglia definirsi non solo civile ma anche avanzata, solidale, umana.

3) Discriminazione grave a danno dei più soli e dei più poveri

Di fronte a una situazione di sofferenza e di malattia, è noto che chi dispone di più mezzi economici e di reti di relazione più robuste ha anche maggiori possibilità di essere curato, assistito, accompagnato, supportato; è altresì noto ed ampiamente documentato che la legge ha anche una funzione pedagogica e simbolica.

Pertanto, ove lo legge regolasse il contributo attivo dello Stato nel suicidio dei sofferenti, il messaggio che rischierebbe di passare è che suicidarsi diventa un bene, soprattutto per chi cominciasse a percepire sé stesso come un peso per la propria famiglia o per la società; è facile quindi comprendere come proprio per le persone più fragili la legalizzazione dell’eutanasia e del suicidio assistito possono diventare un invito implicito e sottile a togliersi di mezzo.

4) Violazione della ecologia integrale della persona umana

Va riconosciuto che il corpo ha un suo linguaggio e un suo ordine naturale che va rispettato; un corpo che reagisce al dolore e alla malattia va accompagnato e

sostenuto nella sua lotta; un corpo che ha smesso di lottare appartiene a una persona che sta accogliendo la morte e che nel processo del morire va accompagnata e sostenuta.

5) Mancata applicazione delle migliori pratiche di accompagnamento multidimensionale

Certamente vi sono condizioni estreme di sofferenza che necessitano di essere trattate e curate; tuttavia, l'esistenza di sofferenza refrattaria non implica che l'unico mezzo disponibile per farla cessare sia provocare la morte; infatti, la scienza medica ha imparato a gestire e compensare con farmaci di vario tipo situazioni anche molto difficili.

Inoltre, nei casi estremi di refrattarietà, quando è il momento la medicina palliativa ha a disposizione la sedazione profonda; infine, è noto che il dolore non è un dato assoluto, ma per ciascuno dipende da condizioni personali e di contesto, inclusa la presenza o meno di persone di fiducia e di supporto.

6) Stravolgimento del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale

Il suicidio medicalmente assistito, quando fosse trasformato da area circoscritta di non punibilità in una prestazione dovuta dal Servizio sanitario, determina un mutamento radicale della funzione della sanità pubblica; coerentemente, la Corte costituzionale non ha infatti riconosciuto un generale diritto a morire, ed ha piuttosto individuato, in presenza di condizioni rigorose, un'area nella quale l'aiuto prestato al suicidio non è penalmente punibile.

La funzione propria del Servizio sanitario resta quella di tutelare la vita e la salute, sostenere la persona fragile, rimuovere gli ostacoli che ne compromettono il pieno sviluppo e garantire cura e assistenza anche quando la guarigione non è possibile; trasformare il suicidio assistito in una prestazione sanitaria significherebbe quindi attribuire al medesimo apparato pubblico, accanto al compito di curare e proteggere il malato, quello di organizzare e fornire i mezzi necessari perché egli provochi la propria morte, introducendo una contraddizione e un conflitto di incentivi praticamente insanabile.

Il danno non è solo istituzionale ma anche simbolico; se il sistema pubblico che deve sostenere il malato assume tra le proprie prestazioni anche la possibilità di aiutarlo a morire, cambia il significato stesso della relazione tra persona fragile e sanità pubblica.

La morte cessa di essere il limite contro il quale la medicina può soltanto accompagnare e alleviare la sofferenza e diventa uno degli esiti che il sistema sanitario può contribuire attivamente a produrre; questa trasformazione della natura stessa del Servizio Sanitario espone anziani, malati e persone sole al rischio di percepirsi come

un peso, rischio che la stessa Corte costituzionale ha collegato alla possibile “pressione sociale indiretta” prodotta da discipline permissive.

7) **Medicalizzazione della morte e piano inclinato**

È noto che nei paesi in cui la morte medicalmente provocata o medicalmente assistita entra stabilmente tra le risposte ammesse dal sistema sanitario il numero di morti per eutanasia è cresciuto costantemente nel tempo fino a raggiungere percentuali che evidenziano un cambiamento antropologico radicale, in cui gli esseri umani vengono eutanasiati con una frequenza inquietante; emblematici i casi di Paesi Bassi, Belgio e Canada, con serie storiche consolidate²:

Paese	Entrata in vigore	Quota iniziale circa	Quota più recente disponibile	Evoluzione	Incidenza
Paesi Bassi	2002	1,32% nel 2002	5,97% nel 2025	× 4,5	1 morte ogni 17
Belgio	2002	0,22% nel 2003	4,0% nel 2025	× 18	1 morte ogni 25
Canada	2016	0,6% nel primo semestre	5,1% nel 2024	× 8	1 morte ogni 20

Simili percentuali di decessi mediante eutanasia testimoniano come la legalizzazione dell'eutanasia non è una scelta neutrale che risolve un problema contingente; alla legalizzazione sono seguiti cambiamenti profondi nei comportamenti, con una mutazione antropologica misurabile e quantitativamente imponente.

Inoltre, nei paesi in cui l'eutanasia è stata legalizzata non mancano testimonianze di persone a cui la morte indotta è stata proposta su iniziativa dei medici, senza che fosse mai stata richiesta³.

8) **L'eutanasia non è affatto una morte sempre indolore e priva di angoscia**

Non è nemmeno vero che l'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito garantiscano sempre una morte rapida, indolore e priva di complicazioni. La documentazione ufficiale dei Paesi nei quali tali pratiche sono legali registra problemi nell'induzione del coma, difficoltà di accesso venoso, errori nella somministrazione dei farmaci e casi nei quali non è stato possibile escludere che il paziente abbia percepito gli effetti del miorilassante; nel suicidio assistito mediante ingestione sono inoltre documentati rigurgito, convulsioni, ripresa della coscienza e tempi anche molto

² Fonti: Regional Euthanasia Review Committees (RTE), *Annual Report 2002*; RTE, *Annual Report 2025*, “Cijfers”, www.euthanasiecommissie.nl; Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *2025 figures for euthanasia in Belgium*, consultativebodies.health.belgium.be; Health Canada, *Interim update on medical assistance in dying in Canada, June 17 to December 31, 2016*; Health Canada, *Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2024*, www.canada.ca (fonti consultate il 29 agosto 2026).

³ Parliament of Canada, Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying, Evidence, Meeting No. 4, 21 April 2026, testimony of Dr. John Maher: il medico riferisce il caso di una propria paziente trentacinquenne alla quale, mentre era ancora in trattamento psichiatrico, il medico di famiglia aveva proposto la MAID

prolungati tra l'assunzione dei farmaci e la morte⁴, o addirittura il risveglio della vittima dopo la somministrazione dei farmaci letali⁵.

Vi è inoltre un limite radicale alla conoscenza di ciò che accade nell'esperienza soggettiva del morente: chi muore non può raccontare successivamente ciò che ha percepito negli ultimi istanti. Nei casi in cui l'incoscienza non sia completa prima della paralisi respiratoria, non è quindi possibile sapere se la persona abbia sperimentato paura, soffocamento, paralisi o angoscia. Che simili esperienze possano essere psicologicamente terrificanti è documentato nei pazienti sopravvissuti a episodi di coscienza accidentale durante anestesia con blocco neuromuscolare.

9) La pubblica opinione non ha la possibilità di conoscere pienamente la realtà concreta dell'eutanasia

Per un dibattito realmente consapevole sull'eutanasia sarebbe necessario che la pubblica opinione avesse conoscenza non soltanto delle motivazioni di chi la richiede, delle vicende personali e dei dati statistici, ma anche della realtà materiale e fisiologica del morire mediante eutanasia.

Per comprensibili ragioni di riservatezza e tutela della persona, il momento concreto della somministrazione dei farmaci e della morte viene mostrato pubblicamente solo in casi eccezionali.

Si determina così una inevitabile asimmetria: l'eutanasia può entrare nel dibattito pubblico attraverso formule giuridiche, procedure amministrative, statistiche e racconti individuali, mentre resta normalmente fuori dalla rappresentazione pubblica proprio l'atto materiale mediante il quale un sanitario provoca intenzionalmente la morte e il processo fisiologico che ne consegue.

La tutela della riservatezza del singolo è pienamente legittima; resta tuttavia il fatto che alla collettività viene chiesto di formarsi un giudizio politico, etico e giuridico su una pratica della quale difficilmente può osservare direttamente la realtà concreta.

10) Cambiamento antropologico mediante riduzione dell'essere umano alle funzioni di produttore e consumatore

La legalizzazione dell'eutanasia porta con sé l'idea di fondo che la vita sia degna di essere vissuta finché "funziona", vale a dire finché la persona è funzionalmente in grado di produrre e consumare auto-sostenendosi; tale impostazione produce effetti non solo sugli improduttivi, ma anche sui produttivi, perché se il valore dell'essere umano

⁴ J.H. Groenewoud et al., *Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands*, N Engl J Med, 2000, 342(8):551-556; Regional Euthanasia Review Committees (Netherlands), *Annual Report 2010*, spec. cases 16 and 18; J.J. Pandit et al.; Royal College of Anaesthetists; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, *5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors*, Br J Anaesth, 2014, 113(4):549-559.

⁵ Oregon Public Health Division, *Oregon's Death with Dignity Act—2010*, 2011, p. 2.

è legato al suo funzionamento, si tratta di un valore condizionato, sempre soggetto alla possibilità di essere cancellato a seguito di eventi della vita del tutto naturali: un incidente, una malattia, come anche un familiare da assistere.

11) L'inganno della asimmetria nell'illusione di poter decidere

La legalizzazione dell'eutanasia viene proposta come massima espressione di libertà ed espressione della propria volontà nel decidere di morire; si tratta di un inganno sottile e ironico. Rendere effettivo il cosiddetto "diritto a morire" è per lo Stato relativamente semplice: una procedura amministrativa, l'intervento di alcuni professionisti sanitari e un farmaco dal costo irrisorio sono sufficienti a produrre un risultato definitivo.

Il contrario, nessuno Stato, nessuna legge e nessun sistema sanitario possono garantire alla stessa persona un'ora, un giorno o un anno di vita in più: possono curare, assistere, investire enormi risorse, tentare di prolungare la vita, ma non possono prometterne il risultato. Considerando la facilità con cui può essere garantita la morte, celebrare l'eutanasia come progresso dell'autodeterminazione appare quindi sostanzialmente ridicolo.

12) L'illusione dell'autodeterminazione

L'intera propaganda sull'eutanasia si basa sul principio di autodeterminazione; tuttavia, quanto più irreversibile è la decisione, tanto più problematico diventa fondarne la legittimazione sull'autonomia quando proprio malattia, dolore, dipendenza, paura, solitudine e condizioni economiche incidono sulla formazione della volontà.

L'idea che in tali condizioni sia sempre possibile distinguere con certezza una volontà autenticamente autonoma da una volontà determinata o significativamente condizionata dalla sofferenza, dalla dipendenza, dalla solitudine o dalla percezione di essere un peso è pertanto essa stessa un'assunzione apodittica indimostrabile.

13) La rinuncia a veri diritti (costosi) in cambio di falsi diritti (a costo irrisorio)

La legalizzazione dell'eutanasia ha anche il sapore amaro dello scambio iniquo; si tratta infatti di un presunto nuovo diritto a costo comparativamente irrisorio, che anzi crea un conflitto irriducibile di incentivi, in quanto la morte anticipata di una persona sofferente, anziana o malata che necessita di assistenza porta con sé ovvi risparmi in termini di costi.

Al contempo, il vero diritto alla salute, fatto non solo di assistenza medica, ma anche di assistenza sociale e di accompagnamento nell'età anziana risulta ancora troppo spesso insufficientemente garantito per insufficienza dei fondi, delle strutture e dei servizi disponibili.

14) Cedimento a metodi estranei al processo democratico rappresentativo

La cd. “lotta per il diritto a morire” è stata portata avanti con il consueto metodo radicale della disobbedienza civile, accompagnata da forzature giudiziarie opinabili, di aperta critica al contenuto della legge, fino alla nota sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019, il tutto accompagnato da una ben orchestrata, martellante, insistente, convergente campagna di stampa.

Tutto ciò comporta la progressiva estromissione del circuito politico-rappresentativo dal processo decisionale, mediante una strategia basata sulle sentenze di una giurisprudenza creativa, logica del fatto compiuto, e pressione mediatica asfissiante.

Ora, non vi è chi non veda che tale metodologia forza i meccanismi democratici con tecniche di persuasione che fanno leva anche sulla “fatica politica” di resistere a campagne mediatiche ben orchestrate; l’invito alla politica è di “tenere la schiena dritta” e mostrare ai soliti noti che la politica ha la capacità e la volontà di riprendersi gli spazi occupati da attivismi fuori tempo.

15) La libertà individuale di morire non può trasformarsi in un obbligo altrui di cooperare

Va anche rifiutato l’uso del corpo come strumento di ricatto politico; il diritto all’integrità e alla salute tutela il cittadino dagli abusi dello Stato, ma non può diventare strumento di ricatto dei cittadini nei confronti dello Stato.

La volontà individuale di morire, per quanto possa essere rispettata come fatto appartenente alla sfera personale, non può trasformarsi nel diritto di pretendere che altri partecipino alla propria morte.

Chi decide di togliersi la vita assume una decisione propria, della quale non può trasferire l’esecuzione, la responsabilità morale e il peso umano su un medico, sul servizio sanitario o sull’intera collettività. Il passaggio decisivo avviene precisamente quando dalla libertà individuale di compiere un atto si pretende di ricavare un obbligo altrui di cooperarvi: è questo passaggio che va respinto.

Lo Stato non deve organizzare o rendere possibile il suicidio a chi non può compierlo autonomamente né mettere persone e strutture pubbliche al servizio della sua esecuzione.

16) Rottura del patto sociale – rottura del rapporto di fiducia fra cittadino e istituzioni

Il cittadino ha il diritto di sapere che le istituzioni sono dalla sua parte sempre, a prescindere dalle proprie condizioni di salute e dalle proprie condizioni economiche; nel momento in cui il cittadino ha la consapevolezza che proprio nel momento in cui ha più bisogno dello Stato, vale a dire nel momento di massima fragilità, lo Stato rende disponibile a quel cittadino la morte come possibile risposta alla sua condizione, il rapporto fra Stato e cittadino cambia ontologicamente.

Quando lo Stato organizza e rende disponibile la morte come risposta alla sofferenza, la relazione del cittadino fragile con le istituzioni non può più fondarsi sulla certezza che ogni intervento pubblico sia orientato alla sua cura, pur nei limiti consentiti dalla medicina e nel rispetto del rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Si modifica così il patto sociale: poiché lo Stato non si limita più a riconoscere il limite oltre il quale deve lasciare che la morte naturale faccia il proprio corso, ma assume fra le proprie funzioni anche quella di rendere possibile e organizzare, in determinate circostanze, la morte intenzionalmente anticipata del cittadino, il cittadino è obbligato a introdurre nel proprio rapporto con lo Stato la gestione del rischio che lo Stato abusi di tale funzione.

17) Burocratizzazione della morte e del suicidio

La morte non è un evento, è un processo; non solo, è un processo importantissimo nel complessivo percorso della vita di ciascuno. È una fase fondamentale della vita anche in termini di eredità morale e spirituale: chi se ne va morendo può lasciare dietro di sé vite che fioriscono e prosperano, o macerie di dolore, disperazione e miseria morale.

Da sempre, una morte affrontata con coraggio, fiducia, affidamento è motivo di ispirazione e fiducia per chi rimane. Trasformare la morte nell'ennesimo adempimento burocratico e medicalizzato si traduce nell'ennesima perdita di senso e di significato non solo sul piano personale ma anche collettivo, soprattutto sul piano familiare.

18) Coinvolgimento di tutti nella morte di chi si suicida con il contributo fattivo dello Stato

La morte non è un fatto solo personale; coinvolge anche chi resta. Nel caso dell'eutanasia si ha la conseguenza atroce di coinvolgere nell'atto che provoca o consente la morte dell'anziano, del malato o del disabile, ove realizzato dallo Stato, tutti i cittadini, ivi inclusi i cittadini che si oppongono alla morte di Stato.

PERCHE' ESISTONO MODI MIGLIORI DI MORIRE

Veniamo ora alla parte costruens di questa argomentazione; se è vero come è vero che l'assistenza (o meglio: la complicità) nel suicidio è una risposta sbagliata, alla domanda "come si muore nel 2026 e come si morirà nei prossimi anni?" ci deve però essere una risposta corretta.

La vera «buona morte» è una morte accompagnata, non abbandonata; alleviata nel dolore, ma non intenzionalmente provocata; libera dall'accanimento terapeutico; inserita in una trama familiare, comunitaria o spirituale.

Prima dell'ospedalizzazione generalizzata del XX secolo, la morte avveniva molto spesso in casa; il morente era visitato dai parenti, dal sacerdote o dal medico; si sistemavano questioni patrimoniali e familiari; figli e nipoti assistevano agli ultimi momenti; seguivano veglia e funerale.

Queste esperienze consentivano il formarsi di una vera cultura condivisa della morte, del morire e del come si muore. La medicalizzazione ha in larga parte distrutto questa competenza sociale.

Anche il paradigma dominante delle grandi tradizioni da sempre non è stato proporre la morte come soluzione: non è stato aiutare l'uomo a essere morto, piuttosto, è stato aiutare l'uomo a morire.

L'eutanasia in questo senso appare storicamente come una soluzione estranea all'esperienza antropologica dell'umanità e relativamente recente; la storia insegna peraltro che la qualificazione di alcune vite come non più degne o meritevoli di essere vissute può produrre conseguenze terribili quando entra nell'azione pubblica, come accadde ad esempio nel caso della famigerata Aktion T4 in Germania a partire dal 1939 fino al 1941, e successivamente in modo non ufficiale fino alla fine della seconda guerra mondiale.

Noi sosteniamo quindi che la risposta va cercata nel mettere insieme la riscoperta della sapienza circa l'arte del morire accumulata dagli esseri umani in millenni di storia, e codificata in più culture, con la conoscenza scientifica e medica più avanzata.

- **L'Ars Moriendi cristiana e la medicina palliativa**

È probabilmente la tradizione europea più esplicitamente costruita attorno alla «buona morte».

Sin dal Medioevo sono documentati veri e propri manuali dell'arte di morire: riconciliazione con Dio e con gli uomini, confessione, perdono, sistemazione dei propri doveri, presenza della famiglia, preghiera, sacramenti, preparazione cosciente al passaggio.

La morte buona non è necessariamente indolore, come non lo sono molti momenti forti della vita, come i lutti; tuttavia, conservare integra la propria umanità anche nel processo del morire conserva intero il significato dell'ultimo tratto della propria esistenza, che alla persona non viene sottratto; piuttosto la persona viene aiutata a vivere pienamente anche il tratto finale della propria vita.

La tradizione cattolica contemporanea del fine vita mantiene quella struttura, ma la integra con la medicina moderna. Diventa quindi lecito e opportuno rinunciare a trattamenti sproporzionati, utilizzare la terapia del dolore, usare la sedazione palliativa quando clinicamente necessaria. Il tutto accompagnato da assistenza domiciliare se possibile, oppure in hospice in cui ricreare un ambiente il più possibile familiare, con assistenza spirituale e la presenza dei familiari.

La morte in questo senso è accolta in modo sereno come fatto della vita, con la sapienza del lasciar andare, e dello smettere di opporsi alla morte quando è arrivata l'ora di accoglierla.

Per secoli una delle funzioni fondamentali delle confraternite, misericordie e istituzioni caritative cristiane è stata quella di assistere malati, moribondi e morti: compagnia, preghiera, assistenza materiale, sepoltura dei poveri. Il morente non era concepito soltanto come paziente individuale ma come persona affidata a una comunità.

Nell'Ars Moriendi ha avuto un ruolo fondamentale la tradizione monastica cristiana, in cui il *memento mori* non è ossessione macabra, bensì allenamento a vivere sapendo di dover morire; tanto la regola benedettina, quanto le spiritualità certosina, cistercense e successivamente gesuitica hanno prodotto pratiche di preparazione alla morte con un risultato antropologico fondamentale: una cultura capace di pensare la morte prima che essa arrivi dispone di strumenti diversi dalla domanda urgente di sopprimerla.

Il movimento hospice moderno di Cicely Saunders è forse la risposta sanitaria più importante all'eutanasia del XX secolo; Saunders, infermiera e poi medico, che da giovane si dichiarava atea e agnostica, fondò il St Christopher's Hospice nel 1967 mettendo insieme controllo scientifico del dolore e dei sintomi, assistenza infermieristica, psicologia, relazioni familiari, dimensione spirituale, ricerca e formazione.

In quell'esperienza matura il concetto di "total pain", secondo cui la sofferenza terminale è fisica, psicologica, sociale e spirituale e va trattata in tutte queste dimensioni.

La medicina palliativa contemporanea è la versione laica e clinicamente strutturata dello stesso paradigma proposto da Saunders negli hospice. La World Health Organization (WHO) considera le cure palliative risposta alla sofferenza grave fisica, psicologica, sociale e spirituale e le considera parte essenziale dei servizi sanitari; il nodo fondamentale è che, mentre a volte non è più possibile guarire, resta sempre possibile curare.

- **La tradizione ippocratica e l'etica medica**

Nella tradizione ippocratica il medico è colui che cura, allevia e talvolta riconosce il limite della medicina. Mentre resta impensabile uccidere, può diventare necessario o opportuno lasciar morire quando il trattamento è inutile, sproporzionato o rifiutato.

Questa distinzione rimane visibile persino nell'etica professionale contemporanea: la World Medical Association continua a opporsi all'eutanasia e al suicidio

medicalmente assistito, mentre considera eticamente distinto rispettare il rifiuto di un trattamento anche quando ciò comporta la morte⁶.

- **Altre religioni abramitiche: Ebraismo e Islam**

L'Ebraismo possiede una cultura estremamente articolata del morire. Il morente conserva integralmente la propria dignità; esistono preghiere e confessioni finali (Vidui), presenza dei familiari, accompagnamento comunitario e una rigorosa disciplina del corpo dopo la morte.

Una parte importante dell'etica rabbinica distingue inoltre tra provocare la morte e rimuovere ciò che artificialmente ne impedisce il naturale sopraggiungere. È quindi possibile trovare, nelle diverse scuole, posizioni differenti sulla sospensione delle terapie senza per questo ammettere l'uccisione intenzionale.

Nell'Islam la vita appartiene ultimamente a Dio; il momento della morte non è nella disponibilità assoluta dell'individuo. La tradizione del morire comprende presenza della famiglia, preghiera, recitazione della shahada, orientamento verso la Mecca e accompagnamento religioso.

La bioetica islamica moderna ha sviluppato una posizione generalmente contraria a eutanasia e suicidio assistito, pur riconoscendo, con differenze tra giuristi e scuole, la possibilità di non iniziare o sospendere trattamenti futili; centrale è la distinzione tra preservazione della vita, evitamento del danno e intenzione dell'atto.

- **Altre religioni o tradizioni religiose: Induismo, Buddismo, Confucianesimo, Taoismo**

Nell'induismo la buona morte è legata alla consapevolezza del passaggio, al distacco, alla liberazione progressiva dai legami, alla presenza della famiglia, alla recitazione di mantra e testi sacri, talvolta alla vicinanza simbolica o reale al Gange. La morte può essere letta nel ciclo di karma, samsara e possibile moksha. La letteratura clinica contemporanea mostra che queste concezioni incidono concretamente su analgesia, nutrizione, rianimazione e accompagnamento.

Il buddhismo ha più scuole; il buddhismo tibetano è forse, insieme all'ars moriendi, una delle elaborazioni più sofisticate del morire. Le pratiche di phowa, la meditazione sulla morte, le istruzioni sui bardo, le recitazioni e la presenza di maestri o monaci trattano il processo del morire come una fase decisiva dell'esistenza spirituale. L'ultimo periodo di coscienza acquista quindi un valore che rende radicalmente diversa la domanda: non «come eliminare la morte», ma come attraversarla bene.

⁶ World Medical Association, *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019. World Medical Association, *WMA Declaration of Venice on End-of-Life Medical Care*, revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022: afferma **“WMA remains firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide, as set forth in the WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide”**.

Nella tradizione confuciana la buona morte avviene inseriti nelle relazioni che costituiscono la persona: figli, genitori, antenati, casa, rituali, continuità della famiglia. La xiao, pietà filiale, impone cura materiale e affettiva dell'anziano. La morte è una trasformazione entro l'ordine naturale, non semplicemente un evento medico. Da qui derivano il valore della casa, della famiglia, degli antenati, della continuità rituale e una certa diffidenza verso la medicalizzazione eccessiva del morire. La presenza e il nutrimento del morente possono acquistare significati affettivi e rituali che vanno molto oltre la loro funzione biologica.

Anche nel taoismo, il modello ideale è l'accettazione del mutamento naturale, con il minimo di forzatura, in cui l'immagine della morte è lontana sia dal controllo tecnologico totale sia dall'eutanasia, e molto più vicina al lasciar compiersi del processo naturale.

- **Tradizioni ancestrali e dei popoli indigeni**

Nelle tradizioni ancestrali, indigene e dei popoli nativi la buona morte è spesso un processo collettivo che riduce la sofferenza proprio perché sottrae il morente all'isolamento: famiglia e comunità lo accompagnano, lo assistono, pregano, vegliano, alleviano il dolore, favoriscono riconciliazioni e consentono di morire, quando possibile, nella propria casa o nella propria terra. Il morente conserva inoltre una funzione fino all'ultimo: saluta, trasmette conoscenze, affida responsabilità, benedice, chiude controversie e prepara i vivi alla propria assenza. La sofferenza viene così contenuta insieme sul piano fisico, relazionale e spirituale, mentre la morte resta un passaggio condiviso nel quale il morente continua ad avere un ruolo attivo nella comunità.

- **Pratiche contemplative e psicologiche moderne**

Le pratiche contemplative di "death awareness", ovvero di preparazione alla morte e al buon morire derivano in parte da buddhismo, cristianesimo contemplativo e psicologia esistenziale: meditazione sulla mortalità, revisione biografica, riconciliazione, "life review", dignity therapy, costruzione di un'eredità narrativa per figli e familiari. Sono oggi entrate nell'assistenza palliativa anche senza presupposti religiosi.

Pratiche di buona morte si stanno affermando anche nella pratica psicologica, ad esempio nella psicologia esistenziale del morire, nella "dignity therapy" e nelle terapie del significato; si tratta di sviluppi sanitari relativamente recenti particolarmente interessanti perché rispondono a una delle radici della richiesta di morte: la percezione di aver perduto valore, ruolo e identità. Il paziente ricostruisce ciò che è stato, ciò che vuole lasciare agli altri, ciò che ancora conta. È precisamente l'opposto antropologico dell'equazione «dipendenza = indegnità».

- **Pratiche di digiuno rituale che possono accompagnare il processo del morire**

Rifiutare eutanasia e suicidio assistito non significa necessariamente rifiutare qualsiasi opzione che abbia anche l'effetto di abbreviare un processo del morire divenuto intollerabile.

Nelle tradizioni religiose è infatti possibile rinvenire anche forme di digiuno rituale terminale; è esperienza comune di chi accompagna a morire gli anziani il fatto che ad un certo punto l'anziano morente smette di nutrirsi come fatto naturale, senza decisioni di alcuno, senza imposizioni.

Si tratta di modalità che in alcune tradizioni sono state ritualizzate, ma che appartengono ad una esperienza umana universale, e che include la cd. anoressia fisiologica del morente, che il morente può assecondare; non implicano un medico che uccide il paziente né che fornisce al paziente il veleno per uccidersi; richiedono piuttosto la disponibilità ad accogliere la morte quando è il momento, consapevoli che la rinuncia all'alimentazione può accompagnare e, in determinate condizioni, abbreviare il processo del morire.