

## Comitato per l'etica di fine vita (CEF)\*

### Principi etici in medicina palliativa\*\*

#### 1. Alle radici della medicina palliativa. La denuncia di Bacone

Scriveva Francesco Bacone nel 1623 « *Io penso che l'ufficio del medico non è soltanto quello di ristabilire la salute, ma anche quello di mitigare i dolori e le sofferenze causate dalla malattia; e non solo quando ciò, come eliminazione di un sintomo pericoloso, può giovare a condurre alla guarigione, ma anche quando, perdutasi ogni speranza di guarigione, tale mitigazione serve soltanto per rendere la morte facile e serena. Ma ai nostri tempi i medici si fanno una sorta di religione nel non far nulla quando hanno dato il paziente per spacciato; mentre, a mio giudizio, se non vogliono mancare al loro ufficio e quindi all'umanità, dovrebbero acquisire l'abilità di aiutare i morenti a congedarsi dal mondo in modo più dolce e quieto e praticarla con diligenza*»<sup>1</sup>

Le parole del grande filosofo inglese del XVII secolo meritano di essere attentamente considerate. Esse esprimono, come meglio non si potrebbe, la concezione secondo cui «*sedare dolorem*», alleviare la sofferenza del malato non è per il medico soltanto un dovere subordinato, o quantomeno un dovere necessariamente connesso, al dovere di «*sanare*», di ripristinare la salute rimuovendo la causa della patologia. E', bensì, per il medico un dovere avente autonoma rilevanza, ed è, soprattutto, l'unico dovere da assolvere nei confronti di quei malati che non rispondono più a cure finalizzate alla guarigione, nei confronti dei malati che stanno per morire o, come oggi si usa dire, nei confronti dei malati terminali.

Oltre trecento anni prima che, forse non a caso sempre in Inghilterra, prendesse corpo, negli anni sessanta, la prima iniziativa organica di affrontare i problemi del malato morente<sup>2</sup>, istituendo un sistema di cure palliative, Bacone denunciava dunque l'insufficienza di una medicina il cui ambito d'intervento fosse circoscritto agli atti che sono funzionali, direttamente, alla conservazione della vita, e solo indirettamente, anche al miglioramento del benessere soggettivo, della qualità della vita dei malati. E mentre richiamava l'attenzione sul problema del controllo della sofferenza,

---

\* La stesura del testo è a cura della Prof.ssa Patrizia Borsellino, ordinario di Filosofia del diritto e Presidente del Comitato per l'etica di fine vita

\*\* Conferenza tenuta in occasione del "V Incontro di Medicina palliativa", Lugano, 13 novembre 2002.

<sup>1</sup>F. Bacone, *Della dignità e del progresso delle scienze*, in *Opere filosofiche*, (a cura di F. De Mas), Laterza, Bari, 1965, vol. II, p. 214.

<sup>2</sup> Il riferimento d'obbligo è alla costituzione del St. Christopher's Hospice di Londra, da parte di Dame Cicely Saunders.

stigmatizzava come lesivo del rispetto che si deve al valore dell'umanità l'abito, diffuso presso i medici del suo tempo, di rinunciare a qualunque intervento terapeutico sul malato che non può guarire, relegandolo così nella solitudine e nell'abbandono.

## **2. La moderna medicina tecnologica e i morenti**

Si potrebbe ipotizzare che l'atteggiamento dei medici nei confronti dei malati senza speranza di guarigione fosse correlato, al tempo di Bacone, con l'incapacità tecnica dei medici di intervenire con successo sulla sintomatologia dolorosa, così come sulla cause delle patologie. Si tratta di un'ipotesi non priva di fondamento. E' certo, comunque, che le profonde trasformazioni che hanno conferito alla medicina l'attuale fisionomia di disciplina scientifica capace di intervenire con successo (sarebbe ingeneroso non riconoscerlo!) su tante patologie un tempo mortali, non hanno, di per sè, comportato il mutamento dell'abito di comportamento, già stigmatizzato da Bacone, nei confronti dei malati senza speranza. Nei confronti dei soggetti affetti da patologie evolutive irreversibili non più responsive a cure, una popolazione ancora assai vasta, anzi, sempre crescente, sia per la comparsa di malattie ad esito infausto fino a pochi anni orsono sconosciute (Aids, nuove forme tumorali...), sia per la sempre maggiore diffusione di malattie croniche degenerative correlate al prolungamento della vecchiaia e, quindi, paradossalmente al progresso stesso della medicina, la risposta della moderna medicina tecnologica, incline a scorgere nel malato che muore la prova tangibile della propria sconfitta, ha, infatti, continuato ad essere o quella del non far nulla, oppure, all'opposto, quella del far troppo, ma nella direzione sbagliata. In ogni caso un malato lasciato solo con la sua sofferenza. Nel primo caso, perchè di fatto abbandonato. Nel secondo caso, perchè fatto oggetto di ostinati interventi volti a prolungare ad ogni costo la sua vita, non a migliorarne la qualità.

## **3. Alla ricerca delle ragioni della noncuranza nei confronti del malato che muore**

Che cosa ha fatto sì che anche la moderna ed efficace medicina tecnologica, oltre all'inefficace medicina premoderna, non rivolgesse adeguata attenzione al problema di sollevare i malati dal dolore, quando non li si può guarire?

Una prima risposta a tale domanda, può, a mio parere, essere data considerando che il configurarsi della medicina come disciplina tecnico-scientifica ha fatto tutt'uno con l'affermarsi del modello meccanicistico o biologico della medicina. Un modello che, considerando la malattia alla stregua di un guasto meccanico oggettivamente caratterizzabile senza alcun riferimento al benessere e agli stati soggettivi delle

persone, conduce a considerare i sintomi, così come gli stati psicologici, fenomeni secondari, anzichè costituenti necessari dello stesso concetto di malattia.

Ma, a ben guardare, l'attuazione di una medicina volta a sollevare i malati dal dolore, quando non li si può guarire - secondo il modello già preconizzato da Bacone - ha incontrato ostacoli non solo sul piano teorico e metodologico, ma anche o, forse meglio ancor prima, sul piano etico, più precisamente, sul piano di assunti, convinzioni, atteggiamenti radicati dall'etica medica tradizionale nei medici per generazioni e generazioni e per nulla superati dall'avvento della potente medicina tecnologica.

Mi riferisco, innanzitutto, all'assunto che al medico e solo al medico (ispirato da scienza e coscienza) competano tutte le scelte e le decisioni circa gli interventi da porre in atto sul paziente; in secondo luogo, alla convinzione che il medico sia sempre in grado di operare le scelte e di prendere le decisioni idonee a realizzare il bene o il miglior interesse del paziente, dove il bene in questione è il mantenimento della vita, l'estensione della vita biologica, qualunque ne sia il costo. Rispetto all'idea che le scelte e le decisioni terapeutiche hanno una direzione obbligata, quella del prolungamento della sopravvivenza, la disponibilità di tecnologie funzionali a quel fine ha operato nella direzione del rafforzamento, diffondendo la convinzione che ciò che è possibile non può non essere fatto, o, addirittura, è dovuto. Ma c'è un altro atteggiamento che vale la pena di menzionare, mi riferisco all'atteggiamento nella sostanza autoritario, anche se, nella forma, talora benevolmente paterno, assunto da medici indisponibili a discutere le terapie non solo con i malati, ma anche con le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza, perchè poco o per nulla preparati a mettere in dubbio la posizione di supremazia e di eccellenza tradizionalmente occupata nella relazione terapeutica.

#### **4. La sfida della medicina palliativa**

Ora, la realizzazione di una medicina capace di sollevare i malati dal dolore, assicurando loro, come già auspicava Bacone, una «morte facile e serena», appare legata al superamento, proprio di questi assunti, convinzioni e atteggiamenti. Appare, più precisamente, legata alla comprensione che, nel caso dei malati che non rispondono più a cure finalizzate alla guarigione, come sono la maggior parte dei soggetti prossimi alla fine della loro vita, è assolutamente fuori di luogo individuare nella salute e nel mantenimento della vita il fine categorico, il bene assoluto che orienta l'azione del medico e ne fa l'unico soggetto legittimato a compiere le scelte e ad assumere le decisioni. Il fondamentale concetto di riferimento non può, in tale ambito, essere altro che quello di «qualità della vita». Ma la qualità della vita non può, a propria volta, essere determinata solo dall'esterno ed in termini oggettivi. Ha un'ineliminabile

connotazione soggettiva che giustifica, anzi rende imprescindibile, l'attribuzione al malato del ruolo di «protagonista delle cure», di soggetto al quale spetta scegliere, tra le diverse terapie messe a disposizione dalla conoscenza medica, quelle maggiormente idonee a soddisfare i suoi bisogni e a rispettare i suoi valori. La realizzazione di una medicina capace di sollevare i malati dal dolore appare, inoltre, legata all'opzione per un modello di assistenza incentrato sulla collaborazione di diverse figure professionali (medici, infermieri, psicologi...) e non professionali (volontari, assistenti spirituali, e, innanzitutto famigliari del malato stesso), la cui messa in campo si giustifica, nel caso del malato terminale, con la convinzione che la peculiare condizione di sofferenza, per la quale è stata coniata l'espressione «dolore totale»,<sup>3</sup> renda necessario intervenire sulle manifestazioni fisiche dolorose della malattia, non meno che sulle gravi alterazioni, sul piano psicologico, relazionale e spirituale che ad essa si legano.

Queste sono le idee di fondo su cui si basa la medicina volta al controllo della sintomatologia dolorosa e della sofferenza psicologica di cui soffrono i malati inguaribili nella fase terminale della loro malattia, cioè la medicina palliativa, la quale viene a rappresentare un fronte avanzato per la messa in atto di una rivoluzione dell'etica medica tradizionale, perché è ad essa inerente (sebbene non tutti coloro che la praticano ne siano pienamente consapevoli!) una rivalutazione della centralità del malato da realizzarsi attraverso una prassi medica realizzata non solo in funzione dei bisogni del malato, ma anche e soprattutto in costante riferimento con i desideri e le volontà che questi manifesta.

La rivoluzione opera nei riguardi del ruolo tradizionalmente assegnato al medico, il quale, da unico centro di valutazione e di decisione degli interventi da porre in atto nella gestione della malattia, diviene, accanto ad altre figure (professionali e non) dotate di uguale dignità, soggetto a disposizione del malato per offrirgli non la soluzione, ma una serie di opzioni alternative tra le quali il malato possa scegliere, valutandole confacenti ai propri bisogni e ai propri valori. Ed opera, più in generale, nei riguardi di quell'etica della beneficenza che l'identificazione del «bene» del malato con il perseguimento della salute e con il mantenimento della vita ha reso, per lo più, funzionale alla giustificazione di una prassi medica poco o per nulla bisognosa di un riferimento alla volontà del malato, ed anzi propensa a scorgere in tale riferimento una potenziale minaccia per la buona decisione clinica. Nel caso delle cure palliative,

---

<sup>3</sup> Per la nozione di «dolore totale» cfr. Saunders C.(ed) *The Management of Terminal Malignant Disease*, II ed., Arnold Publications, London 1984.

orientate al miglioramento della qualità della vita del malato che non può guarire, il bene oggettivo a cui tendere viene meno, e il riferimento alla volontà del malato, richiesto dall'etica dell'autonomia, viene a configurare un elemento imprescindibile, in assenza del quale la beneficenza rischia di trasformarsi nel suo contrario.

## **5. Le cure palliative come alternativa all'accanimento terapeutico**

Il chiarimento dei presupposti etici - innovativi rispetto alla tradizione - della medicina palliativa pone, del resto, le premesse per una soddisfacente impostazione della questione dell'accanimento terapeutico, la cui condanna sembra dar luogo, nell'attuale fase della riflessione bioetica, ad un possibile punto d'incontro tra prospettive etiche laiche e religiose pur divise, su tante altre scottanti questioni, da contrasti profondi.

Come è noto, per delimitare l'ambito degli interventi su cui l'uso dell'espressione «accanimento» serve a convogliare, secondo taluni inopportuno, una forte carica emotiva negativa, sono stati reiteratamente chiamati in causa criteri quali l'inefficacia, la gravosità, l'eccezionalità o sproporzione dei mezzi terapeutici, rispetto alla specifica condizione del malato. In una parola, criteri utili a far coincidere l'ambito dell'accanimento con l'ambito dei trattamenti «straordinari», nei quali, contrapponendoli agli interventi «ordinari» (sempre doverosi), Pio XII aveva indicato, già nel 1957, gli interventi da cui i medici dovrebbero astenersi.

Ma, a ben guardare, questi criteri, per così dire oggettivi, non sono soddisfatti da una grande quantità di interventi, a cominciare, per limitarmi ad un solo esempio, dalla somministrazione di antibiotici in presenza di un'infezione polmonare, che, se praticati su malati inguaribili con prognosi infausta a breve, o brevissima scadenza, conseguono come unico risultato il prolungamento di un'assai spesso doloroso processo del morire. Al problema di drammatica rilevanza non solo per i malati, ma anche per i medici, di disporre di precisi criteri onde evitare gli eccessi, i principi ispiratori sottesi alle cure palliative suggeriscono una più soddisfacente soluzione nel momento in cui, per un verso, connettono l'eticità di un intervento sul malato terminale con la sua idoneità a garantire al malato il più alto grado di qualità della vita, compatibile con la gravità della patologia da cui è affetto; per altro verso, evidenziano l'inscindibile nesso che lega qualità della vita e valutazione espressa al riguardo dal paziente stesso.

In altre parole, l'eccesso terapeutico che dà luogo all'accanimento si definisce a contrario rispetto all'intervento palliativo. L'uno incomincia dove finisce l'altro, e il

confine tra i due è segnato, in rapporto allo stesso trattamento, proprio dal riferimento al punto di vista del malato, ovvero, nell'impossibilità di un diretto riferimento a tale punto di vista, dalla subordinazione del trattamento in questione ad un accurato test di valutazione che ne accerti l'idoneità (o, viceversa, l'inidoneità) a conciliare il prolungamento della sopravvivenza, che esso consente, con un livello di qualità della vita che il malato considererebbe, presumibilmente, accettabile. In altre parole, riconoscere l'imprescindibilità del riferimento al punto di vista, alla volontà del malato, in conformità con i principi ispiratori di una medicina palliativa attenta a non indulgere al paternalismo beneficalista, significa imboccare una strada, forse l'unica strada, che può portare ad una soddisfacente soluzione del problema della giusta misura così nella diagnosi così come nella terapia.

## **6. Cure palliative ed eutanasia. Una questione ineludibile**

Dalle considerazioni che precedono emerge che le cure palliative configurano l'alternativa all'accanimento terapeutico.

Si dovrà ritenere che esse rappresentino anche l'alternativa all'eutanasia, riferendosi con ciò alla morte volontaria medicalmente assistita, nelle sue diverse forme (suicidio assistito, piuttosto che eutanasia propriamente detta)? O si dovrà, diversamente, ritenere che la morte dolce procurata - avendone ricevuto esplicita e reiterata richiesta - ad un malato oramai prossimo alla fine, e attanagliato da una sofferenza che neppure i trattamenti palliativi servono a lenire, costituisca una risorsa senz'altro estrema e tragica, ma non confliggente con i presupposti di una medicina di cui sollievo della sofferenza e rispetto dell'autodeterminazione dei malati costituiscono le parole chiave? Tra i temi oggi al centro della riflessione bioetica, il tema dell'eutanasia è senz'altro uno dei più scottanti, ed uno di quelli che, richiedendo di ripensare in profondità, ed eventualmente di rimettere in discussione, intuizioni morali che per lungo tempo hanno caratterizzato il bagaglio etico del medico, sollecita spesso risposte fortemente caratterizzate in termini emotivi. Io non potrò affrontarlo adeguatamente in questo contesto, e mi limiterò a qualche rapida osservazione.

Ritengo che sia ragionevole prevedere, oltre che legittimo auspicare, che la diffusione di una forma di assistenza volta al controllo del dolore fisico e della sofferenza psicologica, e in generale al miglioramento della qualità della vita dei malati terminali, possa incidere positivamente sulla riduzione delle cause sovente alla base della scelta

suicida così come della richiesta eutanasi. Nè, d'altra parte, appare corretto e giustificato istituire qualche sorta di collegamento, se non addirittura, di identificazione, tra medicina palliativa e scelta di anticipazione della morte attraverso il suicidio o l'euanasia (scopo delle cure palliative resta, secondo le più autorevoli definizioni, il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie) Ciò detto, non si può, però, nemmeno sottoscrivere la tesi, pur diffusamente sostenuta da autorevoli esponenti ed anche da associazioni scientifiche delle cure palliative - che la medicina palliativa sia l'alternativa al suicidio e all'eutanasia. Che lo sia sul piano dei fatti, nel senso di rendere sempre e comunque raggiungibile l'obiettivo della buona morte, rendendo pressochè inconcepibile l'ipotesi di un malato che pur destinatario di un'appropriata assistenza palliativa, possa esprimere la volontà di morire e di essere aiutato; e che lo sia, altresì, sul piano dei principi, nel senso di rendere priva di giustificazione e immeritevole di rispetto la volontà del malato terminale che, pur destinatario di un'appropriata assistenza palliativa, scegliesse di morire o, eventualmente esprimesse la volontà di essere aiutato a farlo.

Che lo siano sul piano dei fatti è sostenibile a condizione di ignorare le richieste eutanasiche, documentate da serie indagini empiriche,<sup>4</sup> pervenute da malati pur destinatari di un'appropriata assistenza palliativa. Che lo siano sul piano dei principi, nel senso di rendere priva di giustificazione e immeritevole di rispetto la volontà del malato terminale che, nonostante le cure palliative ricevute, esprimesse la volontà di essere aiutato a morire, è, d'altra parte, sostenibile solo se, per un verso, si trascura la circostanza che il timore di perdere il controllo su se stessi e sulla propria vita potrebbe connotare la sofferenza intravedibile dietro la volontà eutanasi molto di più di quanto non lo faccia la paura del dolore fisico, e, per altro verso, si ritiene che la medicina palliativa sia, a propria volta, onnipotente, e rappresenti una strada da percorrere obbligatoriamente fino all'estremo limite dell'accanimento, anche oltre o contro la volontà del malato. . Ma questo vorrebbe dire rimettere in discussione che le scelte alla fine della vita spettino al malato, e compiere un passo indietro le cui possibili implicazioni negative vanno valutate con molta cautela.

## **7. Perché c'è ancora bisogno di proclamare i «diritti dei morenti»**

---

<sup>4</sup> Cfr., a questo proposito, le rassegne sui casi di eutanasia in Oregon pubblicati dal «New England Journal of Medicine»

La mia relazione ha preso l'avvio dalle vibranti parole con cui Francesco Bacone sollecitava i medici del suo tempo ad «acquisire l'abilità di aiutare i morenti a congedarsi dal mondo in modo dolce e quieto...». Il movimento delle cure palliative ha recepito quella sollecitazione, ma si può dire che il morire dolce e quieto, che la buona morte, costituisca un risultato acquisito, una realtà dell'oggi, o non è, piuttosto un traguardo per raggiungere il quale ancora molto resta da fare?

La risposta la si può trarre da una disincantata considerazione di quelli che a tutt'oggi, nonostante alcune significative iniziative e innovazioni sul piano culturale e istituzionale, costituiscono, almeno nel nostro paese, gli scenari in cui prevalentemente i malati affetti da patologie inguaribili, oramai prossimi alla morte, trascorrono l'ultima fase (ore, giorni o settimane che siano) della loro esistenza. Lo scenario è, in taluni casi, quello che vede il malato ostinatamente sottoposto, per lo più in un contesto ospedaliero, a trattamenti sovente assai invasivi, volti a prolungare, anche di poco, la sopravvivenza. All'opposto, in altri casi, lo scenario è quello del sostanziale abbandono del malato da parte di strutture assistenziali pensate e organizzate in vista dell'obiettivo della guarigione, non di una cura diretta a lenire la sofferenza non solo fisica, ma anche psicologica di chi non può guarire. E ancora, lo scenario è, nell'uno come nell'altro caso, quello di un malato poco o per nulla informato e, di conseguenza, non posto in grado di compiere consapevolmente nessuna scelta riguardo alle cure, e di un malato privato anche della possibilità di esprimere le sue emozioni, e, comunque, trascurato nelle sue esigenze affettive e psicologiche.

I malati inguaribili prossimi alla morte, ma il discorso può forse essere esteso ai malati inguaribili, anche in fasi meno avanzate di malattia, e quindi a molti anziani malati cronici, rimangono soggetti ai cui bisogni gli addetti ai lavori in ambito sanitario, le istituzioni e la società in genere continuano a non riservare la dovuta attenzione e a non fornire le dovute risposte, ma, ciò che è altrettanto o ancora più grave, appaiono come soggetti nei confronti dei quali ha luogo una vera e propria sospensione di principi e regole che normalmente informano la vita degli individui in società, o, rispetto ai quali si produce addirittura una sorta di separazione dal contesto del vivere sociale.

Di qui l'opportunità, o addirittura la necessità di ricordare a tutti coloro che tendono a dimenticarsene che i malati inguaribili sono - nonostante la peculiare gravità delle loro condizioni - soggetti di diritti, di quegli stessi diritti che valgono per le relazioni terapeutiche e per le relazioni con le strutture sanitarie in genere. A cominciare dai diritti che costituiscono posizioni soggettive per la cui effettiva protezione vi sono già oggi tutti i presupposti e tutte le condizioni sul piano giuridico, vale a dire dai diritti «in senso forte», in relazione ai quali sono previsti, sul piano giuridico, precisi profili di responsabilità in caso di violazione (diritto a essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole; diritto a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere; diritto a partecipare



alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà...). Per arrivare a diritti che hanno più la connotazione di diritti in senso morale che in senso tecnico-giuridico, vale a dire di aspettative e domande volte a sollecitare scelte di politica sanitaria, intermini assistenziali così come in termini formativi tanto coraggiose e innovative, quanto imprescindibili per la realizzazione di una medicina adeguata alle esigenze del nostro tempo.

E' con quell'intento che il Comitato etico presso la Fondazione Floriani di Milano ha elaborato e presentato, nel maggio del '97, la «Carta dei diritti dei morenti», un documento che, grazie anche all'attenzione ricevuta dagli organi di stampa, è sembrato avere un certo impatto su operatori sanitari, uomini di scienza e di cultura, non meno che su rappresentanti delle istituzioni. La «Carta» ha però dato luogo anche ad alcuni fraintendimenti, e da taluni lettori è stata giudicata documento condivisibile, ma ovvio, banale, scontato.

Una carta di diritti sarebbe ovvia nel caso in cui il complesso delle aspettative, dei comportamenti e delle situazioni a cui ci si riferisce parlando di diritti, per sottolinearne la desiderabilità o addirittura l'irrinunciabilità per i soggetti interessati, facesse già stabilmente parte della realtà quotidiana. Qualora, nel caso che ci riguarda, costituissero la regola, e non l'eccezione, la considerazione dei morenti come soggetti di diritti e di doveri, facenti ancora parte a pieno titolo del contesto sociale; l'attitudine a non ingannarli, informandoli adeguatamente, se lo desiderano, sulle loro condizioni, così da porli in grado di partecipare consapevolmente alle decisioni che li riguardano; la disponibilità ad individuare nel sollievo della sofferenza e del dolore l'obiettivo assolutamente prioritario da conseguire nel caso di malati incurabili vicini alla morte; l'erogazione di un'assistenza non standardizzata e organizzata in modo da poter soddisfare, in maniera specifica e mirata, le esigenze non solo fisiche, ma anche psicologiche di ogni singolo malato; l'astensione da ogni intervento finalizzato a prolungare il processo del morire, e l'attenzione per la qualità della vita del malato stesso; infine la possibilità per il malato di non morire in solitudine, ma circondato dall'affetto dei suoi cari in un ambiente il più possibile familiare e rasserenante.

Coloro che lavorano per e accanto ai morenti sanno bene che questa non è la realtà dell'oggi, ma l'obiettivo del futuro, anche se di un futuro che importanti recenti interventi normativi autorizzano a sperare più prossimo di quanto si potesse pensare quando la «Carta» è stata presentata per la prima volta, e, aggiungerei, un obiettivo che si potrà tanto più facilmente conseguire quanto più entrerà a far parte della mentalità diffusa l'opinione che il farlo altro non è che dare attuazione a veri e propri diritti, se è vero, come scriveva Uberto Scarpelli in un saggio del '92 che parlare di diritti, per riferirsi anche a diritti non in senso tecnico-giuridico, «è chiamare altri accanto a sé, farsi animo con loro, non voler rimanere solo o sola in una lotta da sostenere», e

aggiungerei io, in una lotta che non bisogna stancarsi di sostenere fino a quando non la si sarà vinta completamente.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> U. Scarpelli, *Diritti positivi, diritti naturali: un'analisi semiotica*, in AA., *Diritti umani e civiltà giuridica*, Perugia, 1992