

AMEDEO SANTOSUOSSO

LA LIBERTÀ: TRA SENSO COMUNE COSTITUZIONALE E SCIENZA

1. Introduzione

Sostiene Isaiah Berlin che il tema della libertà è strettamente legato all'idea che si ha su "ciò che costituisce un io, una persona, un uomo" e che, di conseguenza, "basta manipolare a sufficienza la definizione di uomo per far assumere alla libertà il significato che vuole il manipolatore"¹. Il diritto può essere visto come un grande manipolatore, che crea e trasforma, secondo le proprie logiche e i propri assunti, anche gli oggetti naturali, e persino biologici, che si trova a regolare: anche uomo, donna, individuo, persona, essere umano, e si può continuare². Un'indagine su queste manipolazioni o creazioni giuridiche³ rivela stratificazioni progressive di complessità, a partire da quello che è, o che sembra, l'elemento di base o costitutivo, e cioè l'individuo umano, seguendone poi gli ampliamenti e le crisi che la scienza e le tecnologie producono. Un punto di partenza essenziale è costituito dalla costruzione giuridica della libertà dell'individuo nelle scelte che riguardano il proprio corpo.

Nel dicembre del 2008, la Corte costituzionale italiana ha parole molto chiare a proposito della libertà dei cittadini nelle decisioni che riguardano la propria salute e le proprie vite. Afferma testualmente la Corte che

-
- 1 I. BERLIN, *Quattro saggi sulla libertà*, 1969, trad.it. Feltrinelli, Milano, 1989, 200.
 - 2 Si tratta di una prospettiva che ha una precisa derivazione da Hans Kelsen (per la quale rinvio al mio A. SANTOSUOSSO, *Persone fisiche e confini biologici: "chi" determina "chi"*, in *Politica del diritto*, 2002, 525-547) e John R. Searle (J.R. SEARLE, *The Construction of Social Reality*, New York, 1995). Per un punto di vista critico verso questa prospettiva, vedi G. AZZONI, *Il cavallo di Caligola*, in P. Di Lucia (a cura di), *Ontologia sociale. Potere deontico e regole costitutive*, Quodlibet, Macerata, 2003, 45-54.
 - 3 Ho compiuto questa indagine nel mio volume A. SANTOSUOSSO, *Diritto, scienza, nuove tecnologie*, Cedam, Padova 2011, dal quale traggio vantaggio nelle considerazioni che seguono.

il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che "la libertà personale è inviolabile", e che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

E aggiunge più avanti:

la circostanza che il consenso informato trovi il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione⁴.

Queste affermazioni sono suffragate da ampi riferimenti, per un verso, alle fonti internazionali e sovranazionali, come la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, Oviedo 1997, la Convenzione sui diritti del fanciullo, New York 1989, e l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, Nizza 2000, e, per altro verso, alle fonti nazionali, come la legge n. 219/2005 (trasfusioni e emoderivati), la legge n. 40/2004 (procreazione medicalmente assistita) e la legge n. 833/1978 (Servizio Sanitario nazionale).

È degno di nota il fatto che la Corte, per la penna di una giudice di formazione internazionalistica e di orientamento cattolico, riconosca che alcune di queste fonti (come la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e la Convenzione di Oviedo) non siano in vigore in senso stret-

4 È la sentenza n. 438/2008, che trae spunto da una norma (contenuta in una legge della Regione Piemonte del 6 novembre 2007, n. 21) che prevede che nella Regione Piemonte il trattamento con sostanze psicotrope su bambini e adolescenti può essere praticato solo quando i genitori o tutori nominati esprimano un consenso scritto, libero, consapevole, attuale e manifesto e che affida alla Giunta regionale il compito di regolare le modalità per il rilascio del suddetto consenso. La Corte afferma che la materia è rimessa alla legislazione statale e che, pertanto, la legge regionale è costituzionalmente illegittima. Per la centralità dell'individuo si veda V. ANGIOLINI, *Il diritto degli individui*, Giappichelli, Torino, 2005; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2007.

tamente giuridico e, nondimeno, affermi in modo categorico quei diritti e quelle libertà. In tal modo, avvalora un'idea che mi era parsa evidente sin dalla prima lettura. Per l'intera Corte l'autodeterminazione e il diritto alla salute sono ormai da considerare come nuclei concettuali condivisi dall'intera società italiana; essi sono in qualche modo sottesi alle stesse norme costituzionali e alimentano quello che, ormai, può dirsi un vero e proprio *senso comune costituzionale*.

Sarebbe interessante indagare il percorso che ha portato al formarsi di questo *senso comune costituzionale* e quali derivazioni giuridiche e culturali esso abbia. Certo la sua origine è largamente debitrice verso l'innovazione medico-scientifica di metà '900. Senza sviluppo scientifico e tecnologico, infatti, non vi sarebbero state quelle alternative terapeutiche tra le quali è diventato necessario scegliere, né la stessa possibilità di scelta del paziente, cui il diritto di autodeterminazione ha dato forma. La piena comprensione di quest'origine è la necessaria solida base per la comprensione dei diritti dell'individuo nel suo complesso, anche quando lo sviluppo scientifico e tecnologico porta fuori e oltre l'ambito della medicina tradizionale o fuori del tutto dalla medicina, come nel caso della genetica, delle neuroscienze, delle integrazioni tecnologiche tra uomo e artefatti meccanici, fino alle multiformi possibilità offerte dalle *Converging Technologies*⁵. Ma qui di seguito ci limitiamo a due passaggi ricchi di sfumature: quello, tipicamente italiano, che porta dal diritto alla salute all'autodeterminazione e quello, tipicamente, europeo dell'intreccio tra il livello nazionale e quello europeo, appunto.

2. *Dal diritto alla salute all'autodeterminazione*

Dagli anni '50 in avanti il diritto alla salute si è affrancato dalle prevalenti connotazioni pubbliche, che gli venivano attribuite inizialmente, e ha finito per configurarsi principalmente come un diritto dell'individuo, che si estrinseca verso chiunque, privato o potere pubblico, e che prevale di regola sull'interesse della collettività, salvo eccezioni particolari e circoscritte.

I punti principali che caratterizzano questa evoluzione, e sui quali va posta l'attenzione, sono due: (A) la progressiva acquisizione di rilevanza *dell'aspetto psichico* o psicologico, o comunque non strettamente organico della salute, e (B) il passaggio da una dimensione puramente passiva del

5 Per uno sviluppo di questi aspetti sia, ancora una volta, consentito il rinvio a A. SANTOSUOSSO, *Diritto, scienza, nuove tecnologie*, cit.

diritto individuale, come diritto alla protezione della propria sfera personale (fisica e psichica), a una sua dimensione attiva, come diritto e libertà di essere, di disporre di sé e di autodeterminarsi.

A) Sul primo aspetto va sottolineata la radicalità di un mutamento di prospettiva che si è verificato in relativamente pochi anni: dal dibattito sulla psichiatria al riconoscimento della salute psichica della donna nell'interruzione di gravidanza, al rilievo, amplissimo e decisivo, della dimensione psichica nella legge sui transessuali, fino agli anni '90, quando la dimensione psichica del malato e della malattia diventa un aspetto ritenuto essenziale e ormai imprescindibile⁶.

La dimensione psicologica in ognuna di queste situazioni, e nelle altre nelle quali è presente, rileva sotto profili e in modi diversi, ognuno dei quali potrebbe essere ricostruito autonomamente. Non sono, infatti, sovrapponibili a) il riconoscimento della 'malattia mentale' come malattia, b) il rilievo dato alla componente di 'salute mentale' della donna nell'aborto (nella legge sull'interruzione della gravidanza), c) la salute come giustificazione del mutamento di sesso, d) la pluralità di punti di vista nella valutazione di cosa sia "bene" per il paziente.

Tale valorizzazione degli aspetti psicologici ha effetti notevoli sullo statuto teorico della medicina. L'idea tradizionale di patologia è sempre più distante e sfasata rispetto a quella di salute, ormai ricca di aspetti fino a poco tempo prima inediti e fortemente soggettivi. Con la conseguenza che potranno apparire molto diversi l'atto medico legittimato dalla cura di una patologia e quello legittimato dal perseguimento di una migliore condizione di salute e, ancora, quello teso alla mera soddisfazione di un desiderio.

B) A proposito della progressiva affermazione dell'idea di *autodeterminazione*, un dato è immediatamente evidente: tra i vari campi nei quali il diritto alla salute ha avuto riconoscimento, quello interno al rapporto

6 Un passo della sentenza sul caso Massimo è particolarmente significativo: "assieme alla componente di dissesto fisico, l'aspetto psicologico ha giocato un ruolo importante nel far venir meno le difese dell'organismo [...] Ma questa componente psicologica [...] altro non è se non una conseguenza diretta e immediata del gravissimo trauma che la [paziente] mai avrebbe immaginato che potesse esserle inferto non solo senza il suo consenso, ma, soprattutto, a sua totale insaputa". In tal modo la componente psicologica diventa elemento fondamentale nel considerare la morte della paziente come conseguenza (sia pur non voluta) delle lesioni (che erano invece volontarie) e quindi finisce con l'essere alla base della pesante condanna per omicidio preterintenzionale del chirurgo, che aveva operato senza il consenso della paziente.

medico-paziente ha effettuato il percorso meno lineare ed è stato tra gli ultimi, se non l'ultimo del tutto.

Il primo riconoscimento del diritto alla salute, quale misura e criterio interni alla relazione terapeutica, avviene in materia di aborto, un problema importantissimo, ma non certo "tipico" della relazione medico paziente. Così come un ulteriore importante riconoscimento avviene per il mutamento di sesso, questione a maggior ragione di frontiera. Bisogna aspettare la sentenza di Firenze sul caso Massimo, all'inizio degli anni '90, per avere un primo esplicito e pieno riconoscimento del diritto alla salute come regola interna del rapporto medico paziente e come cardine del processo decisionale in una situazione rientrante nell'ambito proprio e incontestato dell'attività medica.

Se si indagano i motivi di questo ritardo, ci si imbatte in un vero e proprio tabù: quello secondo il quale nel rapporto medico paziente non potrebbero trovare applicazione il diritto fondamentale della persona alla libera determinazione in ordine agli atti che vengono compiuti sul proprio corpo. D'altra parte è di immediata evidenza la distanza, verrebbe da dire 'incolmabile', tra la vecchia rivendicazione dei medici di procurare "il bene" del paziente (anche senza la sua volontà) e il riconoscimento che il paziente è arbitro della valutazione della qualità della propria vita e che il medico non può sostituire la propria concezione della qualità della vita a quella del paziente.

3. Salute e libertà di determinarsi: i difficili conviventi

Il punto più alto raggiunto dal diritto alla salute in ambito giuridico sta nel riconoscimento della libertà di autodeterminazione in ordine al proprio corpo come libertà che ha un fondamento costituzionale. Questo approdo si colloca a un estremo ormai molto lontano dal punto di origine che, vale la pena ricordarlo, è il diritto alla salute come salute pubblica e, più tardi, come diritto sociale alla assistenza sanitaria. A ben vedere, infatti, si è passati dal rilievo *che* la salute è un diritto (senza accezioni se sociale o meno), *che* un diritto è per definizione esercitato volontariamente (in ciò traendo conferma dalla specifica previsione dell'obbligatorietà nel co.2 dell'art.32 Cost.), *che* un diritto non può tramutarsi in un obbligo, *che* da sempre è previsto il consenso per gli interventi medici, *che* i trattamenti sono il più delle volte molteplici e *che*, quanto meno, vi è la prospettiva tra curarsi e non fare nulla come scelta terapeutica, *fino ad arrivare* all'affermazione che solo il titolare di questo diritto può decidere come esercitarlo e che pertanto è libero di determinarsi come crede.

In questo percorso sarebbe errato vedere la progressiva lineare affermazione di un'idea di volontarietà dei trattamenti sanitari in qualche modo connaturata, sin dall'origine, all'art. 32 Costituzione. Si è trattato, invece, di discipline e interventi giurisprudenziali specifici in materie particolarmente conflittuali o controverse, come per esempio il trattamento delle malattie mentali o l'aborto. La necessità di dare risposta a istanze di libertà che si manifestavano nei conflitti sociali ha costituito l'occasione per l'affermarsi progressivo, ma tutt'altro che coerente e organico, di frammenti di un'idea di libertà della persona, come libertà di determinarsi in ordine al proprio corpo. È così che è emerso, un po' alla volta, un profilo dei trattamenti sanitari come volontari e che si è affermata un'idea ampia di libertà personale, non più limitata al solo campo penale.

Sul fronte della libertà personale i nodi principali intorno ai quali si è svolto il dibattito sono due: se l'art. 13 della Costituzione operi soltanto per le misure indirizzate a fini di difesa contro forme di devianza sociale (o anche per le altre restrizioni provenienti da pubblici poteri, come quelle sanitarie) e se la libertà personale abbia valenza anche verso i poteri privati, oltre che quelli pubblici.

Tra le posizioni "strette", va segnalata quella di Giuliano Amato, secondo il quale la libertà personale esprime soprattutto "lo stato di libertà fisica, implicante l'assenza di coercizioni sul corpo e i suoi dirimpettai sono i poteri di arresto della polizia giudiziaria e della pubblica sicurezza, nonché quelli di cattura e di condanna (a pena detentiva) del giudice penale". La libertà personale è quindi "la libertà dagli arresti e, nella sua massima espansione, dalla sottoposizione a singole e specifiche coercizioni fisiche".

Negli anni successivi ha, però, avuto sviluppo la posizione ampia, che trova espressione nella giurisprudenza della Corte costituzionale e, in particolare, nella sentenza n. 471 del 1990, di cui si dirà fra breve.

Dal confronto tra questa evoluzione e quella dell'art. 32 Cost. emerge con chiarezza il doppio movimento che si è verificato negli ultimi decenni del secolo scorso:

- l'art. 13 ha acquisito, anche in risposta alla esigenza di trovare una garanzia costituzionale per ogni aspetto della libertà individuale, la dimensione di principio generale di libertà della persona, che si esplica in tutti gli ambiti, e che, quindi, ha un campo di operatività più ampio di quello penalistico e di polizia, comprendendo anche i rapporti interprivati;

- l'art. 32, e specialmente il diritto alla salute, ha visto decantare al suo interno profili molto differenziati e distribuiti su una gamma assai più ampia rispetto a quella originariamente immaginabile.

È dunque fuori discussione che gli art. 13 e art. 32 della Costituzione siano collegati, come afferma perentoriamente la sentenza della Corte costituzionale del 2008, della quale abbiamo detto in apertura. Deve essere chiaro che tale collegamento è reso possibile dal comune riferimento a un'idea ampia di libertà personale: l'idea di autodeterminazione della persona e la libertà di disporre di sé possono infatti fondarsi, sia in relazione all'art. 32 e al diritto alla salute, sia in relazione all'art. 13 e alla libertà personale. La Corte costituzionale, nella sentenza n. 471 del 1990, parla della libertà di ognuno di compiere atti di disposizione del proprio corpo come di un postulato della libertà personale, indicando così un principio comune anche al diritto alla salute. In altri termini, secondo l'ordine d'idee della Corte, può affermarsi che tanto la libertà personale (*ex art. 13*) quanto il diritto alla salute (*ex art. 32*) sono fondati su un'idea di libertà della persona di disporre di sé, che in essi trova espressione.

Non può però essere sottovalutato che, per entrambi, si tratta di un riferimento non centrale rispetto alla tradizione. In altri termini, dalla libertà dagli arresti all'autodeterminazione in ordine al proprio corpo in tutti i campi vi è una grande distanza, che fa il pari con quella che vi è tra il diritto sociale alla salute e il diritto di determinarsi liberamente in ordine a "se" e a "quali" cure sottoporsi: una distanza che rasenta la totale discontinuità. Ma per entrambi si tratta di un campo di discussione che ormai è storicamente acquisito.

Alcune differenze, fonti di possibili conflitti, comunque permangono. Non è, infatti, indifferente che si utilizzi un riferimento o l'altro quando si parla di autodeterminazione in campo medico. Per esempio, l'eutanasia attiva, su richiesta del paziente, può sicuramente fondarsi sul diritto di autodeterminazione della persona (se considerata dal punto di vista del paziente), ma è più controverso che possa fondarsi sul diritto alla salute, potendo apparire in contrasto con un fondamento-presupposto del diritto alla salute, e cioè con il diritto-bene vita. Al contrario, se si pone la questione dal punto di vista del medico, appare forse più giustificabile la risposta positiva alla richiesta del paziente, come risposta fondata su un'idea ampia di diritto salute (e, quindi, come dovere di alleviare le sofferenze di chi soffre inutilmente), che come risposta alla volontà *tout-court* di un soggetto-paziente (in quest'ultima prospettiva perché dovrebbe essere coinvolto un medico e non chiunque altro?)⁷. In un campo diverso, come quello dell'aborto, il riferimento alla salute della madre, contenuto nella disciplina dell'inter-

7 Per una formulazione più ampia del problema vedi A. SANTOSUOSSO, *Il diritto di non soffrire*, in *Quaderni di cure palliative*, Masson, Milano, 1996, IV, n.2, 141-4.

ruzione della gravidanza della L. n. 194, non appare tanto il fondamento (come diritto alla salute) del diritto della donna a interrompere la gravidanza, quanto piuttosto il limite dell'accettazione sociale, essendo il diritto della donna fondato essenzialmente su una idea di autodeterminazione più ampia.

4. *Quando la libertà va in Europa: art. 32 Costituzione e art. 3 Carta di Nizza*

Il dibattito costituzionale sopra riportato deve a questo punto fare i conti con il fatto che i cittadini italiani, al pari di quelli di tutti gli altri stati dell'Unione Europea, sono titolari anche dei diritti che scaturiscono dal *Bill of Rights* dell'Unione (Carta di Nizza). Nel campo di cui ci si occupa qui, il riferimento è all'art. 3 della Carta di Nizza e al suo rapporto con l'art. 32 della nostra Costituzione.

La Carta di Nizza incrementa i diritti degli italiani oppure la protezione assicurata dall'art. 32 della nostra Costituzione è, in linea di massima, più ampia? La risposta deve tenere conto dell'intreccio tra livello costituzionale italiano e europeo.

Un esame analitico delle disposizioni dell'articolo 3 della Carta di Nizza⁸ riserva notevoli punti di interesse. La rubrica dell'art. 3, *Diritto all'integrità della persona*, definisce un ambito ben preciso, che ha un immediato riscontro nel numero 1. dell'articolo: "Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica". La tecnica di redazione di questo primo punto si potrebbe dire classica: viene affermato un diritto, che è destinato ad arricchire il corredo di chiunque, nei confronti di chiunque. È, quindi, ben individuato il titolare del diritto (ogni individuo), mentre il fatto che non siano nominati i destinatari del corrispondente dovere nulla toglie alla precisione della norma e indica, piuttosto, che tutti sono tenuti a rispettare quel diritto, autorità pubbliche e soggetti privati.

8 Articolo 3. Diritto all'integrità della persona

1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.
2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:
 - il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;
 - il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;
 - il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro;
 - il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani.

Nel successivo punto 2., però, la tecnica di formulazione è nettamente diversa, di tipo più descrittivo e casistico. Non si apre con l'indicazione dei *soggetti* ai quali sono attribuiti diritti o doveri, ma con la definizione di un *ambito* (quello della medicina e della biologia), nel quale il diritto all'integrità fisica e psichica assume significati "in particolare". Passa poi a individuare alcuni divieti e disposizioni che in tale ambito *devono essere rispettati*. Questa diversa scelta di redazione della norma denota un salto: si perde il soggetto della frase e dei diritti, che non è più l'individuo del primo comma, e con esso diventano indistinti anche i destinatari dei corrispondenti doveri.

La norma sul consenso informato può essere letta così: *nell'ambito della medicina e della biologia deve essere rispettato il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge*. Va in primo luogo rilevato che una disposizione di tal genere, che si limiti a dire che il consenso libero e informato della persona interessata deve essere rispettato, può essere di dubbia utilità. Il problema non è semplicemente di genericità del rinvio a qualcosa che spesso viene inteso con accezioni molto diverse una dall'altra: tutto sommato, si potrebbe replicare, un testo costituzionale non può essere una norma di dettaglio. Il fatto è che il cosiddetto consenso libero e informato si è venuto definendo per lo più secondo gli apporti di giurisprudenza e dottrina, come un insieme di regole e di aspetti interni a quella relazione tra medico e paziente, o tra cittadino e istituzioni della biomedicina (come a volte si dice), all'interno della quale si collocano proprio quei pericoli per l'integrità fisica e psichica che la norma della Carta dovrebbe garantire.

In altri termini, il consenso informato non è un'entità generica e *univoca*, ma un'entità generica e *contraddittoria* (se non ambigua), che contiene al suo interno sia l'individuo, la cui integrità è da tutelare, sia il suo possibile aggressore.

Se fino alla metà del Novecento era del tutto prevalente l'idea che il consenso del paziente fosse un modo per il medico per tutelarsi di fronte a possibili rivendicazioni del paziente insoddisfatto o danneggiato, nelle ultime decadi è diventata prevalente l'idea del consenso informato come espressione di diritti fondamentali della persona (si veda la sentenza n. 438 della Corte costituzionale). Rimane però, tuttora, un'intrinseca ambiguità del consenso informato, ora visto come giustificazione del medico e ora visto come espressione di diritti fondamentali della persona. Il concetto di consenso informato finisce così con il risentire fortemente di fattori esterni, come un particolare contesto culturale, che orienti l'interpretazione nel senso della prima accezione o della seconda, o come le modalità definite

dalla legge. In altri termini, il consenso informato definisce un ambito di problemi più che una loro soluzione univoca, pur se generale. E una conferma di ciò la si ha se si considera che i conflitti che sorgono tra la prima e la seconda accezione possono essere risolti solo facendo ricorso a un criterio o a un principio esterno, che sia in grado di far prevalere l'interesse professionale medico (e la connessa visione obiettiva del bene del paziente) oppure la libera scelta dell'individuo, anche in contrasto con quella del medico, anche in condizioni estreme e anche quando dalla sua scelta derivi un obiettivo pregiudizio per la sua salute o, persino, per la sua vita. E vi sarà grande differenza se il principio dirimente sarà individuato nel *diritto alla vita* o in quello di *libertà personale* o in quello di *integrità personale*.

Il principio di grado superiore, sul quale si fonda *prima facie*⁹ l'affermazione del consenso nella Carta di Nizza, è l'integrità fisica e psichica, di cui alla rubrica e al comma 1 dell'art. 3.

Questo fondamento è sicuramente pertinente per quanto riguarda tutti gli aspetti in cui l'intervento sul corpo della persona si possa configurare come un'invasione atta a ledere la sua integrità fisica e psichica. Ma per gli interventi che non siano in sé lesivi, e che siano, invece, non desiderati, o che non corrispondano alla volontà della persona o al suo sistema di valori e alla sua visione del mondo, la protezione potrebbe risultare problematica o debole. Certo, si può sempre dire che un intervento non lesivo in sé, ma non corrispondente alla volontà della persona interessata, costituisca una lesione della sua integrità psichica. Tuttavia non può non rilevarsi quanto siano più avanzate e chiare le elaborazioni della giurisprudenza in materia in Italia.

In conclusione, si può dire che il doppio livello di *Bill of Rights*, che con la Carta di Nizza viene a determinarsi, apre prospettive interpretative il cui esito è tutto da verificare nella concreta soluzione dei conflitti che le Corti si troveranno a risolvere. Tali prospettive saranno particolarmente aperte proprio per quelle norme, come il n. 2 dell'art. 3, dove le opzioni assiologiche astrattamente possibili aprono scenari molto mobili.

9 È, invece, tutto da esplorare il possibile collegamento con la libertà personale, che, nella Carta di Nizza, si trova all'art. 6.