

Antonella Piga

Diverse interpretazioni della deontologia medica e diritti dei singoli, alla fine della vita

Alternative Approaches to Medical Ethics and Individual Rights, at the End of Life

SOMMARIO: 1. La storia medica antica e quella recente – 2. L'aggiornamento del codice deontologico dei medici dopo la sentenza della Consulta – 3. I diversi modi di intendere la deontologia medica alla fine della vita – 4. Deontologia e identità professionale – 5. Considerazioni conclusive.

The Hippocratic oath clearly states: «I will not give a lethal drug to anyone if I am asked». Recent advances in the biomedical sciences, however, have transformed the process of dying so that doctors are now asked to help sick people who wish to escape «from an artificial maintenance in life that is no longer wanted». After the sentence of the Constitutional Court on medically assisted suicide, the National Federation of the Orders of Doctors modified the Code of Medical Ethics by introducing a «guidance to the application» to the article on «Acts aimed at causing death». The study aims to focus on the 'compromise' between two antithetical ways of understanding professional ethics, which risks negatively affecting the rights of the sick.

KEYWORDS: medical ethics, physician-assisted death, individual rights.

1. La storia medica antica e quella recente

«Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che ... non somministrerò ad alcuno, neppur se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio...».

Questo passo del Giuramento di Ippocrate - il più famoso medico dell'antica Grecia che insegnava medicina, forse ad Atene, intorno al 420 avanti Cristo - ha accompagnato, traslato nei Codici Deontologici nazionali, i medici occidentali fino ai giorni nostri.

Per quanto riguarda l'Italia, il divieto di prescrivere farmaci per provocare la morte di un paziente è presente in tutte le edizioni del Codice di Deontologia

Medica che si sono succedute da quella del 1958¹, fino all'ultima del maggio 2014, e la sua violazione è punibile con la radiazione dall'Albo professionale, ovvero con la sanzione che viene «pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria»².

L'art. 17 del Codice 2014, intitolato *Atti finalizzati a provocare la morte*, stabilisce infatti che «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte».

Il 6 febbraio 2020, però, il Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha approvato all'unanimità un 'indirizzo applicativo' a tale articolo, prevedendo che:

«La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare».

La sentenza citata³ è quella relativa al noto caso Cappato/Antoniani, con la quale la Corte Costituzionale ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice Penale *Istigazione o aiuto al suicidio*, appunto «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) ... agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

Come probabilmente a tutti noto, la persona concreta «affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze ... che ella reputa intollerabili» che ha dato

¹ Cosiddetto «*Codice Frugoni*», il primo a diffusione nazionale per iniziativa dell'allora Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

² Ai sensi dell'art. 41 del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 «Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse».

³ CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza n. 242/2019, in G. U. prima serie speciale 27/11/2019 n. 48.

origine alla sentenza era Fabiano Antoniani, detto Fabo, un giovane uomo che, vittima nel 2014 di un incidente stradale, rimasto tetraplegico e cieco, «... bloccato a letto, immerso in una notte senza fine», avrebbe voluto «poter scegliere di morire, senza soffrire», ma aveva «scoperto di aver bisogno di aiuto»⁴.

Quell'aiuto sarebbe arrivato da Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica⁵, che dopo aver accompagnato l'Antoniani in Svizzera perché potesse accedere al percorso di «accompagnamento alla morte volontaria» dell'Associazione Dignitas⁶, si autodenunciò ai Carabinieri, dando così l'impulso alla Corte d'Assise di Milano per sollevare la questione della legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p.⁷ e alla Corte Costituzionale, «ancorché ... chiamata, come nel presente caso, a vagliare la incompatibilità con la Costituzione esclusivamente di una disposizione di carattere penale», per farsi carico di «un riscontrato *vulnus*» ai principi «della dignità umana, oltre che ... di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost. ...)»⁸.

Nell'ordinanza di rinvio del giudizio, che ha preceduto di undici mesi la sentenza definitiva, la Corte osservava infatti, anzitutto, che situazioni come quella dell'Antoniani erano inimmaginabili in passato, ma sono il risultato degli «sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali».

Quindi, i Giudici costituzionali ricordavano come «la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, segnatamente, in forza della recente legge 22 dicembre 2017, n. 219⁹ ...», mentre «la legislazione oggi

⁴ <https://www.rainews.it/dl/rainews/media/Eutanasia-video-appello-di-Fabiano-Antoniani-Dj-Fabo-al-Presidente-Mattarella-bdae8fff-ff1f-4e55-b9b9-7d4b1bea837f.html> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022)

⁵ Fondata nel 2002 da Luca Coscioni, un economista affetto da sclerosi laterale amiotrofica scomparso nel 2006, è un'associazione no profit di promozione sociale. Tra le sue priorità, l'affermazione delle libertà civili e i diritti umani, in particolare quello alla scienza, nonché il monitoraggio mondiale di leggi e politiche in materia di scienza e auto-determinazione.

⁶ Dal sito www.dignitas.ch: «*DIGNITAS – Vivere degnamente – Morire degnamente* è un'associazione di pubblica utilità costituita nel 1998 con sede in Svizzera e membri e sostenitori in tutto il mondo. DIGNITAS si impegna per la promozione, l'esercizio e la salvaguardia della libertà di scelta, dell'autodeterminazione e della responsabilità individuale in vita e alla fine della vita. Ciò comprende anche il diritto di ogni persona di decidere in quale modo e in quale momento la sua vita deve terminare».

⁷ CORTE D'ASSISE DI MILANO, Ordinanza N. 1 del 14 febbraio 2018, in G.U. prima serie speciale 14/03/2018 n. 11.

⁸ CORTE COSTITUZIONALE, Ordinanza 207/2018, in Gazzetta Ufficiale prima serie speciale 21/11/2018 n. 46.

⁹ Legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Art. 1, co. 5: «Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente,

in vigore non consente ... al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente ... trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte. In tal modo si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care».

E continuavano affermando che, «se ... il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richiede una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale».

Ma, se «l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto», preoccupazione della Corte è stata l'evitare che questa necessaria assistenza possa essere offerta da «qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – ... a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, ... senza alcun controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti».

Attraverso la Corte Costituzionale, dunque, la società italiana ha chiesto ai Medici un nuovo impegno e una nuova responsabilità.

2. L'aggiornamento del codice deontologico dei medici dopo la sentenza della Consulta

La *Disposizione finale* del Codice di Deontologia Medica stabilisce che «Le regole del Codice saranno oggetto di costante valutazione da parte della FNOMCeO al fine di garantirne l'aggiornamento».

ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica...»

Art. 2, co. 2: «Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente»

Infatti, se, come è stato scritto dal filosofo del diritto Francesco D'Agostino¹⁰, l'elaborazione di un codice deontologico «non implica un decidere (...), analogo a quello che caratterizza la potestà del legislatore, ma un dare veste linguistico-deontica a esigenze della prassi, quelle esigenze che garantiscono al medico la sua identità di terapeuta», è di tutta evidenza come il Codice deontologico dei Medici rifletta il divenire del rapporto tra Medicina e società (di più, quella particolare società).

Per poter meglio comprendere la valutazione che si darà della risposta della FNOMCeO alla Corte Costituzionale, va poi spiegato che, per la prima volta in occasione della revisione del 2006, taluni articoli del Codice deontologico medico sono integrati da *'linee guida'*, come sono state chiamate inizialmente, o appunto *'indirizzi applicativi'* nella vigente edizione, ovvero raccomandazioni specifiche, dettagliate, volte a garantire il corretto adempimento del dovere cui si riferiscono. Le prime sono state le *'linee guida'* inerenti l'applicazione degli articoli sul conflitto d'interesse e la pubblicità dell'informazione sanitaria e bene se ne intende il senso considerando, a mero titolo di esempio, la declinazione della *'linea guida'* dell'art. 30 del Codice del 2006 sul *Conflitto di interesse*¹¹.

Il comportamento deontologicamente corretto è stato infatti specificato nell'allegato attraverso nove raccomandazioni relative alla ricerca scientifica¹², nove per l'ambito dell'aggiornamento e della formazione¹³, sei per la prescrizione dei farmaci¹⁴.

Pare utile anche far notare come, dopo la sua entrata in vigore, tre articoli dell'ultima versione del Codice siano stati modificati dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO: il 19 maggio 2016 è stato riscritto l'articolo 56 *Pubblicità informativa sanitaria*; il 16 dicembre 2016, l'art. 54 *Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile*; infine, il 15 dicembre 2017, l'art. 76, inizialmente intitolato *Medicina potenziativa ed estetica*, è stato diviso in due articoli, rispettivamente 76 *Medicina potenziativa* e 76 bis *Medicina estetica*.

¹⁰ F. D'AGOSTINO, *Bioetica. Nella prospettiva della filosofia del diritto*, III ed. ampliata, Torino, 1998.

¹¹ Nella versione del 2006: «Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario. Il conflitto di interesse ... si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione».

¹² Tra le altre «il ricercatore deve applicare sempre regole di trasparenza, condurre l'analisi dei dati in modo indipendente rispetto agli eventuali interessi dello sponsor e non accettare condizioni per le quali non possa pubblicare o diffondere i risultati delle ricerche».

¹³ Ad esempio, «nel caso in cui i corsi di aggiornamento si svolgano e vengano sponsorizzati in località turistiche nei periodi di stagionalità, i medici non devono protrarre, oltre la durata dell'evento, la loro permanenza a carico dello sponsor».

¹⁴ Ad esempio, «i campioni di farmaci di nuova introduzione possono essere accettati dai medici per un anno dalla loro immissione in commercio».

Anche se riferita ad un obbligo del tutto estraneo all'ambito del fine vita, è interessante osservare come la modifica dell'articolo sulla pubblicità informativa sanitaria abbia riguardato un divieto deontologico che si poneva in contrasto con la normativa europea e nazionale: nella sua formulazione originaria, infatti, l'art. 54 del Codice affermava che «Al medico e alle strutture sanitarie pubbliche e private non sono consentite forme di pubblicità comparativa delle prestazioni», mentre il Decreto Legislativo 2 agosto 2007 n. 145 sulla *Pubblicità ingannevole* disciplina le condizioni per la liceità del confronto. Il processo di adeguamento della deontologia professionale alle norme del Diritto in questo ambito è stato 'tormentato', ma ora l'articolo recita: «E' consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche ed odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole».

Nel primo comunicato¹⁵ dopo che la FNOMCeO era stata sanzionata dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato proprio per le '*linee guida*' sulla pubblicità dell'informazione sanitaria del 2006, ritenute «*un'intesa restrittiva della concorrenza*», il Comitato Centrale della FNOMCeO – appellandosi alla libertà e all'indipendenza della Deontologia professionale – difendeva le proprie direttive, reputandole necessarie per prevenire abusi nell'attività informativa e comunicativa, a tutela della Salute degli assistiti. Meno di due anni più tardi, evidentemente, si riconosceva che le norme di legge, seppur meno limitative, garantivano comunque lo scopo e l'articolo del Codice veniva riscritto di conseguenza.

Venendo quindi alla scelta del Consiglio Nazionale del febbraio 2020, il permanere nello stesso Codice della richiesta ai Medici di impegnarsi a non compiere «*mai*» atti finalizzati a provocare la morte, insieme con il riconoscimento della possibilità di effettuare la «*libera scelta*» di agevolare il proposito di suicidio di Pazienti che versino nelle condizioni delineate dalla Consulta rappresenta, a giudizio di chi scrive, un'incongruenza logica.

Inoltre, l' 'indirizzo applicativo' dell'art. 17 non è affatto tale, perché non dettaglia il divieto, ma introduce una eccezione. Decisamente meglio sarebbe

¹⁵ FNOMCEO, *Comunicato Stampa* del 27 settembre 2014, <https://portale.fnomceo.it/vicenda-fnomceo-antitrust-difenderemo-autonomia-e-indipendenza-della-nostra-deontologia/> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022): «Vogliamo sin da subito ribadire, nel pieno rispetto dei ruoli istituzionali di ognuno e di tutti, che mai abbiamo inteso emanare un Codice *contra legem*, ma neppure accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice. Al di là dello stretto merito giuridico, questa vicenda esalta una questione fondamentale: e cioè la libertà e l'indipendenza della Deontologia professionale, che trova il suo caposaldo etico e civile nella tutela dei Diritti dei cittadini – in questo caso la Tutela della Salute – definiti fondamentali dalla nostra Costituzione. E ciò in un contesto di Diritto comunitario che non distingue, all'interno del Mercato, le tipologie e le specificità dei diversi servizi. Crediamo invece che tale questione vada posta, non certo per difendere interessi corporativi, ma per meglio tutelare i Diritti dei cittadini, soprattutto laddove insistono asimmetrie informative fondanti scelte consapevoli. Non siamo ostili alla pubblicità sanitaria e alle positive ricadute nel migliorare l'offerta di servizi e la libertà di scelta. Vogliamo però, nello spirito e nella lettera del nostro mandato istituzionale, contrastare fenomeni e abusi di un'attività informativa e comunicativa...».

stato, pertanto, esattamente come avvenuto per l'articolo relativo alla pubblicità informativa sanitaria, riscrivere completamente l'articolo.

3. I diversi modi di intendere la deontologia medica alla fine della vita

Sappiamo – perché così è riportato nel comunicato ufficiale della Federazione¹⁶ – che la scelta è il «frutto di un lungo lavoro della Consulta deontologica della Fnomceo», un compromesso, come è stato definito da chi ha partecipato ai lavori del Consiglio Nazionale¹⁷, tra le diverse sensibilità e coscienze dei Medici italiani, tra diversi modi di intendere la deontologia medica e la propria identità professionale.

Vi sono infatti Medici, come ha scritto il vice presidente dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI) su *Quotidiano Sanità.it* all'indomani del deposito della sentenza n. 242/2019¹⁸, per i quali «assecondare la volontà suicidaria del paziente» incontrerebbe «un drammatico impedimento, perché egli sente in coscienza di essere in conflitto morale con se stesso, e pertanto con il suo rifiuto al suicidio medicalizzato riafferma la tradizione, la prassi millenaria, i valori e gli scopi della medicina».

All'opposto dei Giudici della Consulta, per i quali «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce (...) per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.»¹⁹ rappresentando così un *vulnus* costituzionale, per il vicepresidente dell'AMCI sarebbe la pronuncia della Corte ad aver «inserito (...) un grave *vulnus* nell'esercizio dell'arte medica»²⁰.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma e provincia, rispondendo alle domande della giornalista Margherita De Bac in un'intervista pubblicata sul *Corriere della Sera*²¹, pur affermando di ritenere che bene avesse fatto la Corte a intervenire perché «era necessario normare il fine vita. Oggi la medicina offre strumenti di cura impensabili ai tempi della redazione dell'articolo

¹⁶ FNOMCEO, *Comunicato Stampa* del 6 febbraio 2020, <https://portale.fnomceo.it/suicidio-assistito-la-fnomceo-aggiorna-il-codice-deontologico/> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022)

¹⁷ A. PANTI, *Sul suicidio assistito dalla FNOMCeO un buon compromesso*, in *Quotidiano Sanità.it*, 10 febbraio 2020, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=81138 (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

¹⁸ G. BATTIMELLI, *Suicidio assistito. Il codice deontologico dei medici non dovrebbe essere modificato*, in *Quotidianosanità.it*, 5 dicembre 2019, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=79446 (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

¹⁹ CORTE COSTITUZIONALE, Ordinanza 207/2018, in *Gazzetta Ufficiale* prima serie speciale 21/11/2018 n. 46.

²⁰ G. BATTIMELLI, *Suicidio assistito*, cit.

²¹ M. DE BAC, *Fine vita, i medici di Roma: «Per noi prevale il Codice deontologico e non la sentenza della Consulta»*, in *Corriere della Sera*, Roma 26 settembre 2019 https://www.corriere.it/cronache/19_settembre_26/fine-vita-medici-di-roma-non-ci-atterremo-sentenza-consulta-noi-non-cambia-nulla-cosa-cambia-adesso-10-punti-0ed9990a-e03f-11e9-88f1-6c41e75d9585.shtml (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022)

580», è arrivato a chiedere che venissero «indicate figure per agire al posto nostro per togliere la vita, una figura che rappresenti lo Stato come pubblico ufficiale e che compia un atto contrario alla nostra etica».

Il Presidente di quello che la giornalista ricorda essere «*il più numeroso Ordine dei Medici d'Europa*» non poteva, però, non sapere che altri Medici non si sarebbero potuti riconoscere in una simile richiesta («*un'idea insostenibile*» davvero, come l'ha definita Antonio Panti, nella Commissione deontologica nazionale FNOMCeO dal 1984²²), così come nell'affermazione dell'esistenza di un'unica etica medica.

Senza andare lontano da quei giorni, ad aprile 2019 il Dott. Mario Riccio, anestesista rianimatore che fu il Medico che accompagnò alla morte Piergiorgio Welby malato di distrofia muscolare progressiva, e che fu giudicato per la sua condotta in quella vicenda non punibile dal GUP di Roma «per la sussistenza dell'adempimento di un dovere» ex. art. 51 del Codice Penale²³ con la motivazione che sul medico, «in ragione della sua professione», incombe «un dovere di osservare la volontà (...) del paziente, in ragione del rapporto instauratosi, che pone in relazione i due per l'espletamento di una condotta di natura sanitaria a contenuto concordato», aveva promosso un appello per la raccolta di firme *Siamo medici e diciamo: Non in mio nome!*²⁴.

Era accaduto, infatti, che, a conoscenza del fatto che fosse stata calendarizzata per il 21 marzo 2019 una riunione del Comitato Nazionale per la Bioetica nella quale si sarebbe svolta una discussione sulla bozza del parere *Riflessioni bioetiche e biogiuridiche sull'aiuto al suicidio assistito* (che sarebbe stato poi licenziato il successivo 18 luglio), il Presidente della FNOMCeO aveva inoltrato una nota, con l'auspicio dichiarato che tale «contributo della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri» potesse «risultare utile al lavoro prezioso del Comitato...», che si concludeva con queste parole: «Il Codice di Deontologia Medica, nella sua formulazione attuale, impedisce al medico di effettuare e/o favorire atti finalizzati a provocare la morte del paziente. Nel contempo, impone al medico di rispettare la dignità del paziente, evitando ogni forma di accanimento terapeutico. In ottemperanza dell'autodeterminazione del paziente da un lato, e nel rispetto della clausola di coscienza del medico dall'altro, l'attuazione della volontà del paziente nel rifiutare le cure pone il ricorso alla sedazione profonda medicalmente indotta, come attività consentita al medico, in coerenza e nel rispetto dei precetti deontologici. Tutto ciò nel rispetto della

²² A. PANTI, *Sul suicidio assistito dalla FNOMCeO un buon compromesso*, cit..

²³ Per una ricostruzione della vicenda, si può leggere: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Tribunale-di-Roma-Caso-Welby-non-luogo-a-procedere-nei-confronti-del-medico-che-ha-interrotto-il-trattamento-di-sostegno-vitale> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

²⁴ ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Comunicato* del 13 aprile 2019, <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/lordine-dei-medici-leutanasia-medici-diciamo-non-mio-nome> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

dignità del morente. Ove il legislatore ritenga di modificare l'art. 580 c.p. e, quindi, di non ritenere più sussistente la punibilità del medico che agevoli <in qualsiasi modo l'esecuzione> del suicidio, restano valide e applicabili le regole deontologiche attualmente previste nel Codice».

Di qui, l'appello promosso dal dott. Mario Riccio che, secondo quanto riportato sul sito dell'Associazione Luca Coscioni, ha raccolto le firme di 307 medici italiani.

Quando poi, nel novembre 2019, la stessa Associazione ha lanciato la campagna *Medici e operatori sanitari per il rispetto delle volontà dei pazienti nel fine vita*, 2063 professionisti sanitari, sempre secondo il sito dell'Associazione²⁵, hanno sottoscritto quanto segue: «A differenza di chi ritiene quello del suicidio assistito un processo estraneo all'impegno medico, noi medici, operatori sanitari e infermieri firmatari riteniamo doveroso l'aiuto medico alla persona che, in determinate circostanze quali quelle richiamate dalla Consulta, formuli richiesta di interruzione della propria intollerabile sofferenza».

Infine, al di là della prevedibilità della decisione della Corte Costituzionale^{26,27} relativamente alla inammissibilità del quesito referendario sull'abrogazione parziale dell'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) perché – come si legge nel comunicato stampa dello scorso 15 febbraio²⁸ – “a seguito dell'abrogazione, ancorché parziale, della norma ..., cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili”, è interessante per il nostro discorso registrare come anche tra i 152 «primi nomi per il SI' al Referendum Eutanasia Legale»²⁹ (per il quale – e anche questo dato rileva – l'8 ottobre 2021 erano state depositate in Cassazione 1.239.423 firme), 85 fossero Medici, evidentemente favorevoli, al di là della piena consapevolezza circa la reale portata dell'abrogazione parziale dell'articolo del Codice penale, all'eutanasia c.d. attiva «nelle forme

²⁵ ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI <https://www.associazionelucacoscioni.it/landing/medici-e-operatori-sanitari-per-il-rispetto-delle-volonta-dei-pazienti-nel-fine-vita> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022)

²⁶ D. PULITANÒ, *Problemi del fine vita, diritto penale, laicità politica. A proposito di un referendum abrogativo*, in *Sistema Penale SP, Opinioni*, 19 ottobre 2021 (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022): «... l'abrogazione parziale dell'art. 579 c.p., come formulata nel quesito, farebbe venir meno la penalizzazione dell'omicidio del consenziente non solo in presenza dei requisiti indicati dalla Corte costituzionale per l'aiuto al suicidio, ma in qualsiasi caso vi sia stata una richiesta di eutanasia da parte di una persona capace di intendere e di volere».

²⁷ M. ROMANO, *Eutanasia legale e referendum: le ragioni dell'inammissibilità*, in *Sistema Penale SP, Opinioni*, 22 gennaio 2022 (disponibilità verificata il 28 febbraio 2022).

²⁸ CORTE COSTITUZIONALE, *Comunicato* del 15 febbraio 2022, https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20220215193553.pdf (disponibilità verificata il 28 febbraio 2022).

²⁹ ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/personalita-si-referendum-eutanasia-legale> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

previste dalla legge sul consenso informato e il testamento biologico, e in presenza *dei* requisiti indicati dalla sentenza della Consulta sul caso Cappato», secondo quanto veniva spiegato dai promotori del referendum nel sito *eutanasialegale.it*.

4. Deontologia e identità professionale

È comprovata, dunque, se mai ve ne fosse stato davvero bisogno, l'esistenza tra i Medici di due modi opposti di intendere la propria identità professionale.

Deontologia e identità professionale sono indissolubilmente legate: parafrasando Paolo Cattorini³⁰, quando uno specialista di una branca del sapere si interroga «su che cosa egli può e deve fare, nelle inedite condizioni in cui si trova a esercitare la professione, si chiede inevitabilmente chi egli sia, ossia quale identità gli viene conferita».

‘Gli viene conferita’ perché la risposta alla domanda ‘chi sono io?’ si costruisce e si modifica all’interno della cornice relazionale della persona e, così, per quanto riguarda la deontologia medica, se è un fatto che dai tempi di Ippocrate i medici si sono volontariamente vincolati a un codice di esigenti ideali etici ed è pacifico che le regole deontologiche siano norme di autodisciplina, dovrebbe anche essere accettata la considerazione che «il tempo in cui la medicina era prevalentemente un <affaire> dei medici, soprattutto da un punto di vista deontologico, è finito»³¹.

Osservare che «la professione medica è conseguente ai bisogni degli altri», «la deontologia professionale dei medici è la prima tutela dei bisogni e dei diritti degli altri» e che l’«*arché della deontologia*» deve essere il cittadino³² non basta però a ricondurre ad un’unica prospettiva la questione del coinvolgimento del medico in pratiche tese a dare la morte (che si tratti di suicidio assistito o di eutanasia). Come sintetizzato nel citato parere del 18 luglio 2019 del Comitato Nazionale per la Bioetica *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*³³, restano infatti inconciliabili le due posizioni di quanti (medici e non medici che intervengono nel dibattito) ritengono che questo coinvolgimento «comporterebbe un profondo mutamento (o addirittura uno stravolgimento) della figura del medico e del suo ruolo nelle strutture sanitarie e delle strutture sanitarie stesse» e che «escludere l’assistenza al suicidio consente al medico di conservare il

³⁰ P.M. CATTORINI, *Chi è il medico legale? Un’analisi etica di alcune norme comportamentali*, in *Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, XLVII (2011), pp. 1-5.

³¹ F. ANELLI, *Presentazione*, in I. CAVICCHI, *Stati Generali della Professione Medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro*, Roma, 2018.

³² I. CAVICCHI, *Riformare la deontologia medica. Proposte per un nuovo Codice deontologico*, Bari, 2018.

³³ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/riflessioni-bioetiche-sul-suicidio-medicalmente-assistito/> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

significato etico-deontologico della propria professione e al paziente di mantenere in modo più saldo e solido la fiducia nel proprio medico» e quanti, all'opposto, affermano che «la disponibilità del medico ad assecondare la richiesta di morire», nei casi nei quali «il processo del morire è prolungato da interventi medici che comportano sofferenze e angosce nelle persone», «nasce dal *primum non nocere*, ossia dal dovere che impone di non causare nocimento e di diminuire il dolore» e, nei casi nei quali «più che ad evitare sofferenze, la richiesta ... nasce dalla scelta autonoma di una persona che vuole evitare la perdita di dignità che l'evoluzione della malattia può comportare», la disponibilità è «informata a un'etica che privilegia sia il rispetto dell'autonomia dell'interessato, sia la lotta alle sue sofferenze».

Nella prospettiva contraria al coinvolgimento, l'attenzione ai bisogni dell'altro è declinata facendo riferimento alla fiducia nel proprio medico: come esplicitato nel pregevole articolo *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, pubblicato dalla rivista *The Hastings Center Report* nell'ormai lontano 1995³⁴, la domanda di chi considera il suicidio medicalmente assistito incompatibile con la deontologia medica è «*How can persons trust doctors who have the socially sanctioned power to kill patients?*» (Come possono le persone fidarsi di medici che hanno il potere socialmente riconosciuto di uccidere i pazienti?).

È una domanda centrale per la deontologia professionale, perché «dalla fiducia dipende l'integrità della Medicina come professione» e perché «la fiducia rende possibile assumere il ruolo di paziente, che comporta il permettere ai Medici di visitare i nostri corpi e di sottoporci ai rischi ... di pratiche invasive».³⁵

Argomentando intorno ai concetti di integrità personale e professionale e riflettendo sugli scopi della Medicina, i due bioeticisti nordamericani autori dell'articolo citato concludevano che la fiducia sarebbe minata solo se ai Medici fosse riconosciuta l'autorità unilaterale di decidere quali Pazienti "necessitassero" di essere sollevati dalle sofferenze attraverso il loro aiuto, mentre se si limita l'assistenza medica alla morte ai casi di pazienti capaci di decidere, che richiedono volontariamente di porre termine alle loro vite segnate da sofferenze intollerabili, dopo essere stati compiutamente informati delle opzioni disponibili e delle possibilità offerte dalle cure palliative, non si dà alcun abuso della pubblica fiducia nella professione.

Si parlava allora, negli Stati Uniti d'America, di sperimentare una politica di legalizzazione della pratica, stabilendo regole stringenti proprio per preservare questa fiducia. A distanza di più di venticinque anni, non si tratta però più di sperimentare, perché possiamo rifarci all'esperienza dei Paesi che hanno legalizzato suicidio medicalmente assistito ed eutanasia.

³⁴ F.G. MILLER, H. BRODY, *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, in *The Hastings Center Report*, XXV (1995), pp. 8-17.

³⁵ F.G. MILLER, H. BRODY, *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, cit..

In Europa, Paesi Bassi³⁶, Belgio³⁷ e Lussemburgo³⁸ hanno approvato ormai da molti anni discipline legislative tra loro omogenee (mentre in Spagna una legge *ad hoc*³⁹ è entrata in vigore solo lo scorso 25 giugno) ed il caso olandese è particolarmente interessante per il nostro discorso: la fiducia nei medici e nel sistema sanitario è stata infatti considerata uno dei fattori che ha permesso di giungere alla legge *Controllo dell'interruzione della vita su richiesta e assistenza al suicidio*, entrata in vigore nel 2002.⁴⁰

Inoltre, dati empirici risultanti dall'analisi dei casi concreti in quel Paese indicano che il coinvolgimento dei medici in atti eutanasi o di suicidio assistito può essere congruente con una relazione medico-paziente forte e sana; di più, può condurre ad una relazione speciale, di autentica '*amicizia medica*'⁴¹, perché dare o aiutare nel darsi la morte è un atto difficile e problematico possibile solo in una relazione che sa diventare molto intima.

Anche perché, come scrivono i due bioeticisti olandesi che hanno coniato la definizione di '*amicizia medica*', «la richiesta del paziente comporta – per il Medico – un considerevole rischio etico e vulnerabilità sia personale, sia professionale. ... I Medici capaci di accettare una simile richiesta lo fanno solo dopo la propria accettazione del fatto che l'alternativa equivarrebbe ad un atto di abbandono del paziente in un momento di grande bisogno medico ed esistenziale»⁴² e «ciò che è noto finora supporta una posizione opposta alla sfiducia: le dichiarazioni degli individui riflettono l'apprezzamento dei medici disposti a entrare nelle aree rischiose di morte assistita e non c'è evidenza esperienziale che sia stata mai espressa una riduzione della fiducia nella professione medica nel suo insieme», «perché i pazienti comprendono il *distress* emozionale dei medici» coinvolti in queste pratiche⁴³.

³⁶ La legge olandese sul *Controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al suicidio* (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) è stata adottata il 12 aprile 2001.

³⁷ La legge belga sull'eutanasia, n. C-2002/09590 *Loi relative à l'euthanasie*, risale al 28 maggio 2002 ed è stata modificata una prima volta il 28 febbraio 2014 e più recentemente il 15 marzo 2020 con la *Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie*.

³⁸ In Lussemburgo, la legge sull'eutanasia e il suicidio assistito è stata promulgata il 16 marzo 2009 e rivista con la *Loi du 2 mars 2021 modifiant: 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide; 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient*.

³⁹ La *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* è stata approvata il 18 marzo 2021.

⁴⁰ M. TRAPPENBURG, H. OVERSLOOT, *The Dutch Social Fabric. Health Care, Trust, and Solidarity*, in S.J. Youngner, G.K. Kimsma (curr.), *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge University Press, 2012, pp. 99-120.

⁴¹ G.K. KIMSMA, C.C. CLARK, *Shared obligations and «Medical Friendships» in Assisted Dying. Moral and Psychological Repercussions Reconsidered*, in S. J. Youngner, G. K. Kimsma (curr.), *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge University Press, 2012, pp. 263-276.

⁴² Ivi, p. 271.

⁴³ G.K. KIMSMA, *Ethical Issues of the Practice of «Medicide, Suicide and Laicide» in the Netherlands after the Euthanasia Law of 2002*, in *J Clin Res Bioeth*, VI, 2015, pp. 1-12 doi:[10.4172/2155-9627.1000250](https://doi.org/10.4172/2155-9627.1000250)

Ancora ai giorni nostri, mentre «si combatte la prima guerra culturale olandese sull'eutanasia» (relativamente ai casi di persone affette da malattie neurodegenerative), come ci informa un bel reportage del 'Venerdì di Repubblica' dello scorso novembre⁴⁴, «il sistema regge. La legge è largamente accettata dalla popolazione e dà serenità rispetto al controllo che un cittadino sa di avere sul proprio fine vita» (così l'intervistato Jeroen Recourt, a capo della rete Rte, delle Commissioni regionali che verificano ogni singolo caso nazionale). Restano «... le decine di dilemmi morali, tutti terribilmente legittimi, che ... in Olanda neppure vent'anni di pratica sono riusciti a sciogliere», «ma continuo ad apprezzare lo sforzo olandese di regolare questa materia irta di dilemmi. L'importante è non illudersi di aver raggiunto una pulizia concettuale francamente impossibile» (così l'intervistato americano James Kennedy, che vive nei Paesi Bassi «da quando ha vinto una cattedra di Storia dell'Olanda»).

5. Considerazioni conclusive

'Dare o aiutare nel darsi la morte è un atto difficile e problematico' e soprattutto è un atto controverso nell'opinione pubblica: proprio per questo, riconosciuta di fatto la liceità deontologica del suicidio medicalmente assistito, ci sarebbe stato bisogno di un vero indirizzo applicativo da parte del Consiglio FNOMCeO, con raccomandazioni il più possibile chiare. Come si legge nelle Direttive medico-etiche della Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)⁴⁵ «Come confrontarsi con il fine vita e il decesso» approvate in data 17 maggio 2018, infatti, «... il contrasto tra le esigenze etiche di promuovere l'autodeterminazione e di tutelare la vita non appare risolvibile. Nonostante ciò, occorre fornire linee guida ...».

Sono trascorsi ormai due anni dal 6 febbraio 2020 e persiste il vuoto legislativo, ma anche ove il Parlamento dovesse in tempi rapidi procedere con la discussione del testo unificato *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita* che lo scorso 10 marzo 2022 è stato approvato dalla Camera dei Deputati⁴⁶, i Medici continuerebbero ad aver bisogno di un vero indirizzo applicativo che, ad esempio come nelle Direttive ASSM, specificasse che «non rientra tra i ... compiti (del Medico, NdR) offrire

⁴⁴ R. STAGLIANÒ, *Come si dice addio in olandese*, in *Il Venerdì* 19 novembre 2021, pp. 15-19. Video delle interviste citate nell'articolo sono visionabili sul sito: <https://video.repubblica.it/mondo/eutanasia-come-si-dice-addio-in-olandese/401624/402334> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

⁴⁵ In Svizzera, infatti, a differenza dei sistemi giuridici citati, la liceità del solo suicidio assistito da chiunque praticato per fini non egoistici (il codice penale svizzero sanziona, all'art. 115, chi istiga altri al suicidio o presta loro aiuto «per motivi egoistici») non è prevista da una disciplina legislativa che governi in modo uniforme tale pratica, che viene eseguita secondo le linee guida dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche.

⁴⁶ Si rinvia al dossier pubblicato il 10 dicembre 2021 sul sito del Parlamento <https://temi.camera.it/leg18/dossier/OCD18-15780/disposizioni-materia-morte-volontaria-medicalmente-assistita.html> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

spontaneamente l'assistenza al suicidio», che «il paziente deve essere motivato a parlarne (del proprio desiderio di morte, NdR) con i congiunti» o che «qualora ... la persona curante rifiuti di fornire il suo sostegno al paziente, non deve in alcun modo imporgli il proprio punto di vista ma informarlo per tempo in merito alle opzioni disponibili. Anche in questa situazione, qualora sia possibile e richiesto dal paziente, occorre portare avanti il rapporto esistente, adeguandolo in maniera rispettosa».

Per non parlare della questione nodale della valutazione della capacità del paziente, per la quale – per continuare a trarre ispirazione dall'esperienza svizzera ed in particolare anzitutto da una *Presenza di Posizione* della Commissione Centrale d'Etica della Accademia Svizzera delle Scienze Mediche del 2012⁴⁷ – norme comportamentali raccomandate possono essere: la necessità di ripetuti colloqui personali con il richiedente, il possesso della specializzazione in psichiatria per pazienti con malattia psichica, il coinvolgimento nella valutazione, per quanto possibile, di medico curante e familiari del paziente. Non meno utili, peraltro, risultano le specificazioni seguenti delle Direttive del 2018: «se il paziente lo desidera, il medico curante può anche valutare le ... funzioni cognitive (del paziente, NdR) e rilasciare una conferma della sua capacità di discernimento per le decisioni della vita quotidiana. Effettuare una verifica di questo tipo non significa partecipare al suicidio assistito»; «il medico può anche valutare ed eventualmente confermare la capacità di discernimento nell'ottica specifica del suicidio assistito (che non può essere desunta sulla base della capacità di discernimento per le decisioni della vita quotidiana). Una tale verifica non può però essere pretesa dal paziente».

Raccomandazioni dettagliate come quelle appena trascritte, infatti, certamente opinabili⁴⁸, sono un segno di trasparenza capace di avviare quel confronto ampio e coinvolgente l'intera società civile, che era stato caldeggiato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO il 24 marzo 2018, quando venivano annunciati gli Stati Generali della Professione Medica⁴⁹.

⁴⁷ ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES, *Problèmes de l'assistance médicale au suicide. Prise de position de la Commission Centrale d'Ethique (CEE) de l'ASSM* https://www.samw.ch/dam/jcr:382793c0-33e6-464a-bade-4d41c31817ec/prise_de_position_assm_assistance_medicale_suicide_20120314.pdf (disponibilità verificata il 2 aprile 2022).

⁴⁸ La stessa Camera Medica, organo della Federazione dei Medici Svizzeri (FMH), riunita in data 25 ottobre 2018, ha deciso che la direttiva non venisse inserita nel Codice deontologico della Federazione, proprio per il sottocapitolo *Assistenza al suicidio*. La critica riguardava, in ogni caso, unicamente il riferimento alla «sofferenza insopportabile» per definire il presupposto per la liceità del coinvolgimento medico («I sintomi della malattia e/o le limitazioni funzionali del paziente gli causano una sofferenza insopportabile»), riferimento ritenuto «giuridicamente indefinito», tale da porre «problemi al medico curante» e causare «incertezza del diritto». https://saez.ch/journalfile/download/article/ezm_saez/de/saez.2018.17388/7ea5cbaf92e417bea1fcd0cdc574952b67f9ea36/17388_it.pdf/rsr/jf (disponibilità verificata il 2 aprile 2022).

⁴⁹ FNOMCEO, *Comunicato Stampa* del 24 marzo 2018, <https://portale.fnomceo.it/indtetti-gli-stati-generalis-della-professione/> (disponibilità verificata il 7 febbraio 2022).

Limitarsi a parafrasare le parole della Corte Costituzionale e prevedere l'apertura del procedimento disciplinare ogni volta che un Medico prescriva lecitamente il farmaco letale («La libera scelta del medico di agevolare ... il proposito di suicidio ... va sempre valutata caso per caso ...»), come riconosciuto anche dal già citato Antonio Panti⁵⁰, rischia solo, al contrario, di «complicare eventi già di per sé complicati» e, indirettamente, di impedire ai cittadini di vedersi garantito un loro diritto.

⁵⁰ A. PANTI, *Sul suicidio assistito dalla FNOMCeO un buon compromesso*, cit.