

## Sull'eccezione di non punibilità dell'aiuto medico al suicidio

### Dibattiti in Nfrologia

#### Fabio Cembrani

Direttore U.O. di Medicina legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento



Fabio Cembrani

#### Corrispondenza a:

Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento  
Medicina legale  
Via Alcide Degasperi 79  
38123 Trento (TN) Italia  
E-mail: [fabio.cembrani@apss.tn.it](mailto:fabio.cembrani@apss.tn.it)

#### ABSTRACT

L'autore, riassumendo i contenuti della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre 2019, prova a formulare una prima proposta perché questo nuovo diritto iscritto nella libertà della persona non trasfiguri nell'eutanasia e nelle pur sempre possibili derive che minano la dignità delle persone più fragili e vulnerabili. Sviluppa le sue argomentazioni in chiave pratica nella consapevolezza che, spesso, i diritti dichiarati sono poi traditi nella fase della loro concreta applicazione pur nella convinzione che occorre responsabilmente ricostruire l'equilibrio che la legge n. 217/2007 aveva cercato di offrire alla relazione medico-paziente. Senza però delegittimare la deontologia medica che deve continuare ad illuminare, con i suoi principi-guida, i comportamenti professionali.

**PAROLE CHIAVE:** : aiuto al suicidio, auto-determinazione della persona nel fine-vita, doveri del medico, doveri delle strutture sanitarie pubbliche, deontologia medica

## Introduzione

Poco prima di Natale la cronaca ha dato notizia[1] della definitiva assoluzione di Marco Cappato dall'accusa formulata nei suoi confronti per aver materialmente accompagnato, nel febbraio del 2017, Fabiano Antoniaci a morire in Svizzera. Ciò non è avvenuto con formula piena "perché il fatto non costituisce reato", come auspicato dalla difesa del noto esponente politico radicale, ma con quella meno favorevole del "fatto che non sussiste" come, invece, richiesto dalla pubblica accusa.

Al di là delle sottigliezze, che tuttavia contano nella lettura interpretativa dei fatti, il proscioglimento dell'imputato non costituisce nulla di inaspettato dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre 2019 che, in buona sostanza, ha dichiarato, nel suo dispositivo finale, la parziale illegittimità dell'art. 580 del Codice penale:

*"[...] 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 [...] con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, 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".*

Precedentemente, con l'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018, i Supremi giudici avevano concesso 11 mesi di tempo al nostro Parlamento per approvare una legge che avrebbe dovuto affrontare il (supposto) *vulnus* del divieto assoluto di aiuto al suicidio previsto dalla legge penale e così scongiurare i possibili vuoti di tutela di valori pienamente rilevanti sul piano costituzionale. *Dictat* che era però rimasto inascoltato nonostante gli annunci dell'ex Ministro pentastellato alla salute e le proposte di legge depositate presso la Camera dei deputati: la n. 1586 presentata da Cecconi con le proposte abbinate di iniziativa popolare e la n.1655 presentata da Rostan.

Questa, in breve sintesi, la cronaca di quanto accaduto recentemente nel nostro Paese. Come spesso succede, ciò non ha assolutamente ridotto i *biases* che esistono tra chi difende la sacralità della vita[2] e chi, invece, si appella alla qualità del vivere[3] cosa che avviene, purtroppo, in tutte le società "polarizzate"[4]: più passa il tempo più le opinioni diventano estreme al punto tale che gli schieramenti in conflitto puntano sempre più i piedi radicalizzando così le loro conclusioni antitetiche, pur muovendo dalle stesse premesse e dai medesimi fatti oggettivi. Occorre tenere a mente tutto questo per provare a fare un primo bilancio pratico della recente sentenza della Consulta senza però cedere alle lusinghe che, nella nostra personale ricerca di senso, ci vengono rivolte dalle straordinarie ambiguità della post-modernità.

## La relazione medico-paziente e l'assolutizzazione dell'autodeterminazione della persona

Una prima ricaduta pratica della sentenza della Corte cost. n. 242/2019 riguarda la ridefinizione della polarità dell'asse di trasmissione che regola il rapporto medico-paziente. Sappiamo, dalla storia, di ciò che ha alimentato il suo difficile equilibrio e sappiamo quanto, sul versante soprattutto giuridico[5], i rapporti negoziali del *contractum* (o del *contatto sociale* dopo

l'istituzione del Servizio sanitario nazionale) abbiano contato nel valorizzare progressivamente una delle due polarità in gioco, pur riconoscendo anche all'altra una non residuale area di autonomia e di responsabilità. E sappiamo, ancora, come questo difficilissimo equilibrio sia stato in qualche modo stabilizzato, dopo il definitivo tramonto del paternalismo medico, dalla legge n. 219 del 2017. Questa legge, facendo leva sui solidi principi informatori di una deontologia medica sicuramente innovativa ed al passo con i tempi (già nel Codice di deontologia medica approvato dalla FNOMCeO nel marzo del 1998 al medico si chiedeva di tenere in considerazione la volontà espressa in forma anticipata dalla persona[6]) non ha certo sposato l'idea di assolutizzare l'autodeterminazione della persona[7]. Come sappiamo, infatti, al medico non possono essere chiesti interventi contrari non solo alla legge ma anche alla deontologia professionale ed alle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 1, co 6)[8], anche se il richiamo a queste ultime strida – e di gran lunga – con le previsioni della legge Gelli-Bianco che affida ad esse un ruolo di sostituzione vicaria ed a scadenza che viene meno con l'approvazione, ai sensi di legge, delle *guidelines*.

La Consulta ha così rimesso tutto in discussione e lo ha fatto senza citare nemmeno una volta, in tutto il suo pur lungo iter argomentativo, il Codice di deontologia che vieta al medico di effettuare o favorire, anche su richiesta del paziente, "atti finalizzati a provocarne la morte" (art. 17); tale principio-guida millenario, proveniente dal giuramento ippocratico, con l'appropriatezza della cura (ed il contestuale divieto alla futilità della cura), fungeva da principio-guida nella relazione medico-paziente. Questa relazione non è mai duale, come si continua purtroppo a ritenere soprattutto nella riflessione giuridica. La metafora che meglio la rappresenta è quella di un trafficatissimo crocevia in cui si incontrano (non si scontrano) autonomie e responsabilità di soggetti diversi: quelle della persona e del medico che cura ma non solo, perché in questa relazione entrano sempre in gioco gli affetti parentali ed amicali della prima, il potere di rappresentanza di chi eventualmente tutela gli interessi generali degli incapaci, le diverse autonomie e responsabilità di chi compone il *team* di cura, la responsabilità dell'organizzazione sanitaria e gli interessi della collettività, sempre più posizionati sullo sfondo di questo immaginario crocevia. Perché la relazione sia autenticamente costruttiva per tutte le parti che affollano quel metaforico traffico crocevia, essa non può assolutizzare in modalità aprioristica nessun principio di valore, a meno che non si voglia che essa si trasformi in uno scontro destinato non a risolvere ma a spostare l'asse delle solitudini decisionali e a trasformare il terapeuta nell'esecutore passivo di atti richiesti da altri. Anche l'autonomia della scienza deve avere un suo riconoscimento costituzionale ammesso, naturalmente, che si voglia continuare a credere che l'esercizio dell'arte medica richiede non solo competenze tecnico-professionali ma anche e soprattutto umane, costruite e coltivate sulla capacità dei medici di avere una solida e matura coscienza morale. Accompagnando la persona, essi sono capaci di distinguere tra l'uccidere ed il non impedire la morte con mezzi futili, perché "il diritto di vivere non si converte nella banalità del suo contrario, in un necrofilo diritto di morire"[9].

La Consulta ha indebolito questo punto d'arrivo e lo ha fatto senza tener conto dell'equilibrio faticosamente raggiunto dalla legge n. 219/2017 che, sia pur con le molte criticità segnalate[10], aveva colmato il *vulnus* dato dal supposto vuoto di disciplina reclamato dai Supremi Giudici nell'aprire la strada ad un intervento che appare essere più politico che costituzionalmente vincolato, "con non trascurabili conseguenze sul piano della forma di Stato, di governo e del sistema delle fonti"[11]. Si rischia lo sconfinamento progressivo lungo quel pendio scivoloso al termine del quale si intravede la legittimità della prospettiva eutanassica, la quale distruggerà definitivamente l'idea che la relazione di cura presuppone il rispetto delle reciproche sfere di autonomia e di responsabilità individuale e trasformerà il medico nell'esecutore sostanzialmente tecnico dei *desiderata* della persona, della sostenibilità economica o degli interessi dei più forti. Perché, soprattutto sul piano morale, una cosa è il non impedire la morte con la doverosità delle

cure palliative, che, con le parole della Corte, devono “costituire il pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”; un'altra è, invece, l'uccisione volontaria ed intenzionale della persona sofferente la cui esecutività non può essere certo legittimamente chiesta al professionista[12]. A meno che non si voglia forzatamente ricondurre l'aiuto medico a morire all'interno degli interventi palliativi, seguendo la pista già aperta dalla sedazione continua e profonda con il superamento dei limiti comunque imposti, sia pur con una certa ambiguità, dalla legge n. 217/2017 (art. 2, co 2)[13]. È ancora in discussione se quest'ultimo atto medico sia giuridicamente lecito quando la prognosi è infausta nel breve termine, o addirittura nell'imminenza della morte, come era stato troppo ingenuamente suggerito dal Comitato nazionale per la bioetica in un discutibilissimo parere di qualche anno fa[14].

### **La (pericolosa) delegittimizzazione del Codice di deontologia medica**

Una seconda questione pratica sollevata dalla sentenza della Consulta ha a che vedere con la delegittimizzazione del potere di auto-regolamentazione interna che la legge affida alle Federazioni nazionali degli ordini professionali. Si tratta di un attacco frontale sferrato dai Supremi giudici con la sentenza che ha parzialmente derubricato l'aiuto medico al suicidio attraverso l'arma dell'omertà silenziosa alla quale si sono poi associate, con la sentenza n. 259/2019 del 22 ottobre successivo[15], i colpi pesanti dell'ariete. Il tutto lungo una strada maestra tracciata dal legislatore dell'urgenza[16] che ha, purtroppo, retrocesso la regolamentazione deontologica rispetto ai contenuti della regolamentazione regionale e alle disposizioni inserite nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro. Vi sono poi state alcune prese di posizione davvero equivocate di intellettuali del mondo accademico che a gran voce si sono permessi di dubitare della costituzionalità del Codice di deontologia medica auspicando, addirittura, che “l'esenzione di responsabilità civile e penale per il professionista che legittimamente assiste una persona nel suicidio sia espressamente estesa anche alla responsabilità di tipo disciplinare”[17]. Silenzi e brusche spallate che, alla fine di tutto, affermano l'idea che il potere di autoregolamentazione interna[18] che supporta “l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale [...] al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva” (così l'art. 1, co 3, lettera (c) del decreto lgs. C.d.S. n. 233 del 1946) sia sempre più etero-guidato dall'esterno al punto tale da mettere in discussione gli architravi ed i paradigmi portanti con la lama della loro supposta incostituzionalità.

L'idea che al medico siano consentiti atti finalizzati a provocare o a favorire la morte della persona ha drammaticamente cambiato la prospettiva della cura e ha inferto un colpo mortale, a cui i medici non erano sicuramente preparati, alla nostra tradizione secolare. Ha infatti cancellato un divieto all'apparenza insuperabile, a nulla valendo constatare che la sentenza della Consulta non impone certo al medico l'obbligo di coadiuvare la persona nel proposito suicidario. Oggi viene chiesto al medico, secondo la sua personale coscienza, se partecipare o non partecipare a realizzare questa volontà ferma restando, naturalmente, la sanzionabilità del suo comportamento sul piano disciplinare. Ciò susciterà sicuramente altri contrasti sul piano giurisdizionale fino al momento in cui – e si spera ciò non avvenga – la FNOMCeO non deciderà di modificare il Codice di deontologia medica. Bisogna però chiedersi se questa possa essere la strada migliore o se, per contro, pur nella fermezza del divieto, si potranno scegliere le altre e meno pericolose strade offerte dalla pur sempre possibile coesistenza di regole generali interne di derubricazione dell'illecito disciplinare non essendo mai possibile procedere alla loro fredda ipostatizzazione perché ogni caso ed ogni situazione è sempre diversa. Questo è il dilemma che, se non affrontato, corre il rischio di delegittimarci ulteriormente e di rinvigorire la crisi del rapporto medico-paziente

che è sotto gli occhi di tutti. Non già a causa della tecnica, che in pochi decenni ha fatto passi da gigante nella diagnosi e cura di molte malattie ed i cui limiti sono continuamente spostati in avanti (spesso per interessi economici), quanto, invero, perché alla sua graduale ma progressiva espansione non è corrisposto, per parte nostra, quell'impegno alla solidarietà ed al prendersi cura delle persone più fragili in una prospettiva sostanzialmente umana guardando anche alle generazioni future. Sono chiari i rischi di una deontologia etero-guidata dalla legislazione regionale, se non addirittura dai contratti di lavoro, perché il Codice di deontologia medica non può essere mai confuso con il Codice di comportamento del pubblico impiego e il potere disciplinare dell'Ordine resta indipendente da quello di ogni singola amministrazione pubblica, sia pur con le necessarie sinergie e punti di contatto.

Preoccupa – quindi – questa svalutazione della deontologia medica e preoccupa questa pericolosissima discrasia che si è venuta a creare tra chi rappresenta i professionisti e le istituzioni che, alla fine di tutto, sembrano prevalere. E preoccupa, ancora, l'idea che ci potrà essere, in un non lontano futuro, una deontologia differenziata[19] su base regionale che si deve per così dire modellare alle decisioni politiche locali. E preoccupa, infine, il silenzio dei medici i quali, anche dopo l'ordinanza della Consulta del 2018, hanno raramente fatto sentire la loro voce auspicando che la FNOMCeO tenesse ben dritta la barra del timone di un'etica medica globale[20] oggi data per superata a causa dei supposti profili di incostituzionalità interna.

### **La responsabilità delle strutture sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale**

Una terza questione pratica posta dalla sentenza della Consulta riguarda, ancora, la responsabilità delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie pubbliche che non possono, un'altra volta, dar prova di arretratezza o di codardia come è avvenuto per la legge n. 219/2017, poco o nulla essendo stato fatto riguardo alla formazione ed alla sensibilizzazione dei professionisti. Essa ha individuato una circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art. 580 c.p., esplicitando: (a) i requisiti sostanziali di non punibilità; (b) il ruolo che deve essere garantito, sul piano procedurale, dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale a fronte della richiesta della persona di essere medicalmente aiutata a morire. Nel dettare le nuove coordinate e nelle more dell'auspicato intervento del legislatore, i Supremi giudici, facendo perno sugli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017, hanno così individuato quali sono i requisiti sostanziali che possono far scattare la richiesta di aiuto al suicidio: (1) la persona è sottoposta a trattamenti di sostegno vitale a causa di una patologia irreversibile; (2) le sofferenze fisiche e psichiche del malato sono intollerabili nonostante siano state messe in campo tutte le opportunità offerte dalle cure palliative; (3) la richiesta viene presentata dalla persona nel pieno della sua capacità di agire ed è acquisita nei modi e con gli strumenti più consoni alle sue condizioni e documentata sempre o in forma scritta o attraverso la videoregistrazione ed i dispositivi che le consentano di comunicare, ferma restando naturalmente la possibilità di poterla sempre modificare; (4) sono state fornite informazioni adeguate in ordine sia alle condizioni di salute del malato sia alle possibili soluzioni alternative fornite dalle cure palliative (ivi compresa la sedazione continua profonda).

In queste condizioni il malato può chiedere di essere aiutato a morire senza però che ciò crei un parallelo obbligo di procedere a tale aiuto in capo al medico. La Corte ha anche precisato quali sono i vincoli procedurali di garanzia e di controllo in capo alla struttura sanitaria pubblica: (1) il parere favorevole espresso da un "organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità", indicato nel Comitato etico territoriale; (2) la verifica delle relative modalità di esecuzione dell'aiuto medico al suicidio per prevenire abusi, evitare al paziente sofferenze inutili e garantirne così la dignità. Un vero e

proprio percorso di assistenza al suicidio, in attesa della declinazione finale che dovrà essere data dal legislatore dell'urgenza, realizzato attraverso il controllo di quei requisiti sostanziali precisati dalla Corte e la cui presenza scrimina parzialmente l'art. 580 c.p. Non c'è nessun nuovo obbligo in capo al medico di aiutare la persona a realizzare il suo proposito suicidario, anche se nuovi obblighi ci sono, essendo le articolazioni funzionali del Servizio sanitario nazionale chiamate a realizzare le azioni di verifica, di garanzia e di controllo previste dalla sentenza – una assoluta novità rispetto ai contenuti dell'ordinanza della Consulta n. 207/2018. Ciò avviene peraltro in altri settori di tutela pubblica, come ad esempio nelle pratiche di interruzione volontaria della gravidanza; sebbene si debba ammettere che su questi fronti non sempre le organizzazioni sanitarie hanno brillato sul piano dell'efficiente organizzazione dei servizi, perché un conto è assicurare in qualche maniera una qualche proceduralità un altro è, invece, sostenere i processi sul piano della garanzia pubblica per evitare che l'obiezione di coscienza del medico assuma quelle proporzioni esorbitanti che continuano a mettere in seria discussione i diritti garantiti alle donne. Se così è occorre, fin da subito, che le organizzazioni sanitarie affrontino la questione per non trovarsi nuovamente impreparate e garantire questa nuova libertà alla persona nel rispetto dei vincoli e delle garanzie previste dalla Consulta, poiché è logico attendersi che ci sarà chi o per scopi politici o per interessi economici[21] cavalcherà questa strada con l'obiettivo di organizzare e tecnologizzare, su più ampia scala, l'aiuto medico al suicidio, confidando che non ci sarà nessuna delega legislativa né ad associazioni private né a quelle professionali.

In questa prospettiva è necessario, da subito, che ogni articolazione funzionale del Servizio sanitario nazionale individui un piccolo gruppo di lavoro cui affidare l'obiettivo di definire i ruoli, le responsabilità ed il governo dei controlli, con alcune pregiudiziali che si possono fin d'ora abbozzare, fermo restando che il primo passo responsabile dovrebbe essere quello di formare e di sensibilizzare i professionisti della salute e l'opinione pubblica sui contenuti della sentenza perché c'è ancora molta confusione rispetto alle complesse tematiche del fine della vita.

In questa prospettiva ci si dovrà innanzitutto chiedere qual è la platea delle persone potenzialmente eleggibili nel percorso dell'aiuto al suicidio, una platea ampia e non selezionata sulla base del tipo di patologia ma sul fatto che: (a) essa sia irreversibile, cioè non guaribile; (b) giunta in una fase di traiettoria avanzata in cui è necessario il trattamento con mezzi di sostegno vitale per vicariare la compromissione delle funzioni vitali; (c) la persona sia oramai divenuta completamente dipendente mezzi di sostegno vitale e non possa più vivere senza il loro supporto continuo. Questa prima selezione è necessaria ed è realizzabile sulla base della situazione clinica della persona dovendo rispondere a criteri oggettivi di inclusione in assenza dei quali il processo non è assolutamente da avviare. In queste situazioni può quindi essere legittimo che la persona esprima in maniera libera e informata la sua decisione di morire, non già con l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale (ipotesi questa ampiamente ammessa dalla legge n. 219 del 2017 e dal Codice di deontologia medica), ma con un'altra modalità più attiva, che richiede però l'intervento del medico e del *team* assistenziale sia in fase prescrittiva che in quella poi esecutiva. Tale decisione deve essere raccolta con le modalità previste dalla legge n. 219/2017, non una volta ma più volte, in un periodo di tempo variabile, assolutamente non esiguo eppure difficile da standardizzare perché le situazioni possono essere tra loro molto diverse dopo che alla persona è stata fornita la più opportuna informazione, quel sostegno umano necessario ad affrontare il più serenamente possibile queste scelte e le terapie palliative necessarie per contrastare la sua sofferenza fisica e psicologica. La terapia palliativa deve essere sempre somministrata in queste situazioni per evitare che il dolore o i sintomi refrattari condizionino la decisione della persona, che deve invece essere espressa in modo fermo e coerente anche dopo l'attuazione di questa terapia – un ulteriore criterio di selezione senza il quale il percorso non può essere attivato.



A queste condizioni oggettive deve poi associarsi la decisione della persona, che deve essere libera, informata e resa in qualche maniera riproducibile attraverso le scale di misura elaborate a livello internazionale, essendo necessaria la sua riformulazione e misura anche dopo l'attivazione delle cure palliative. In queste situazioni, risulta davvero difficile comprendere come la volontà della persona possa davvero essere espressa in forma libera ed informata, anche a fronte dell'ambiguità di quella norma del 2017 che ha confuso la *capacità di agire* (art. 1, co 5) con la *capacità di intendere e di volere* (art. 4, co 1) e del laconico richiamo operato dalla Consulta alla capacità di assumere una decisione e di mantenere poi "il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale" (par. 5 delle considerazioni in diritto). In queste drammatiche situazioni della vita reale resta davvero difficile capire quanto la scelta della persona sia libera e consapevole o in linea con il suo compasso biografico, che non è mai lineare come dimostrano tutti gli studi neuroscientifici[22], e quali siano gli strumenti che devono essere usati nella pratica clinica per dar prova di ciò. Essi non sono certo né la consulenza psichiatrica né la testistica neuro-cognitiva usata nello *screening* delle demenze, dovendosi al riguardo suggerire un approccio nuovo a questa difficilissima problematica clinica in linea con quanto suggerito a livello internazionale[23]. Nessuna testistica, dunque, e nessun valore soglia al di sotto del quale riconoscere l'incapacità della persona di prendere una decisione libera ed informata, ma un autentico rapporto comunicativo con la medesima inteso anche ad esplorare quei domini funzionali che ricomprendiamo nella parola *coscienza*, di cui non conosciamo ancora né i substrati anatomici né tantomeno quelli neuro-biologici. Adagiarsi su presunti livelli-soglia non avrebbe nulla di scientifico e sarebbe una scelta dal carattere davvero ubuesco[24]: una forzatura la cui violenza sacrifica la fragilità e con essa la nostra identità, di cui essa è parte integrante e costitutiva. Potremmo farlo sul piano dell'imputabilità penale, come aiuto alla decisione tecnica, ma non sicuramente quando si discute delle scelte di cura, che nulla hanno a che fare né con questa né con i negozi giuridici contrattualistici. La nuova norma sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, con un pericolosissimo revirement solo in parte corretto dai supremi Giudici, ha nuovamente estratto dal sepolcro imbiancato la *capacità di agire* e la *capacità di intendere e di volere*, astratte ed (a)storiche capacità avulse dalle nostre storie personali, dai nostri valori e dalla nostra stessa identità biografica. Molte e variegata sono le situazioni intermedie in cui la capacità di prendere una decisione non è persa pur essendo limitata.

La verifica di (tutte) queste condizioni è naturalmente in capo ai professionisti del Servizio sanitario nazionale ed è prudente, a questo riguardo, che esse non siano lasciate alla responsabilità o alla sensibilità dei singoli. È auspicabile invece il loro contestuale rilievo da parte di un Collegio composto da tre professionisti esperti, nominati dalla Direzione Generale aziendale, che devono coadiuvare il *team* di cura della persona. Quest'ultimo deve provvedere un sostegno non solo tecnico ma anche spirituale ed umano del paziente e finalizzato, ove possibile, a rimuovere ciò che motiva l'idea di congedarsi anticipatamente dalla vita. Per attuare la procedura è poi necessario l'intervento di un ulteriore organo collegiale terzo individuato, dalla sentenza della Corte, nei Comitati etici territorialmente competenti per la sperimentazione clinica. Tale condizione deve essere oggetto di una attenta valutazione perché in molti contesti del Servizio sanitario nazionale convivono più comitati etici con compiti e funzioni diverse ed i cui pareri sono, di regola, consultivi. Il parere in questo caso deve invece essere vincolante, con la conseguenza che, in sua carenza, non si può certo procedere nell'aiuto al suicidio; fermo restando però che il parere positivo espresso dal Comitato etico non costringe nessun medico a procedere doverosamente in tal senso ed è così "affidata [...] alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi o non a esaudire la richiesta del malato" (punto 6 delle considerazioni in diritto della sentenza della Corte).

Resta, infine, il tema dei controlli che dovranno essere operati sui professionisti partecipanti all'atto finale con cui la persona si commiata dalla vita, atto che dovrà essere naturalmente

rispettoso della sua dignità ed evitare ogni sofferenza inutile. Non è assolutamente chiaro se il medico dipendente potrà responsabilmente agire sotto l'ombrello protettivo dei livelli essenziali di assistenza e delle polizze di copertura assicurativa o se la prestazione, che ha comunque dei costi sociali, dovrà essere inserita tra quelle di cui viene chiesta la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la fornitura, di regola, del Pentobarbitale sodico e, quando serve, per la sua somministrazione o per via endovenosa o con il sondino gastrico. Questo è un problema scottante che sicuramente sarà oggetto di decisioni diverse nella differenziazione regionale e provinciale di una sanità davvero "incompiuta"[25]. La qualità di questa fase dovrà essere garantita, sul piano dei controlli e delle verifiche, dal collegio medico che ha seguito la prima fase del processo e a cui spetta, da ultimo, la redazione di una relazione conclusiva da inviare non solo all'Autorità giudiziaria ma anche all'Ordine dei medici per gli eventuali aspetti di rilevanza disciplinare.

### **Un'ultima questione: la coscienza del medico**

Un'ultima questione pratica posta dalla sentenza della Consulta riguarda la coscienza millenaria dei medici; essa è "conservata" nel Codice deontologico, che è stato capace di adeguarsi gradualmente alle trasformazioni, spesso violente, imposte dai progressi della tecnica e dal miglioramento delle conoscenze scientifiche.

La questione è molto delicata anche se spesso è stata sviluppata nella sola prospettiva dell'obiezione di coscienza a fronte della richiesta di aiuto medico a morire. Questa prospettiva non è stata mai considerata dai Supremi giudici i quali, non avendo riconosciuto a carico del medico la doverosità di assecondare i *desiderata* della persona di suicidarsi con l'aiuto del medico, hanno spento la discussione: se non c'è obbligo non esiste, naturalmente, nessun diritto di obiettare. Affrontata in questo modo la questione sembra in apparenza facile ma è in realtà probabile che qualche medico deciderà legittimamente di avvalersi della *clausola di coscienza*, chiedendo di essere esonerato dal verificare le condizioni che consentono al paziente di chiedere l'aiuto al suicidio. La qual cosa sarà sicuramente lecita ma sottolineerò, tuttavia, che l'obiezione e la clausola di coscienza sono due categorie giuridiche di gran lunga diverse che non possono essere mai confuse e che la coscienza del medico deve continuare ad essere alimentata e salvaguardata, nei limiti e con le garanzie previste dal Codice di deontologia medica che ci si augura sia confermato anche su questi nuovi aspetti che possono coinvolgere chi è impegnato nella cura. Servirà, naturalmente, l'impegno di tutti ad evitare quei comportamenti anomali dei medici registrati nell'ambito della contraccezione di emergenza: se è pur vero che ci si può astenere dai comportamenti professionali antitetici ai nostri valori coscienziali vero è, altrettanto, che il nostro agire deve sempre essere particolarmente attento sul piano della diligenza e della prudenza attesa.

### **Conclusioni**

Giunti a questo punto ed in attesa che la materia possa essere oggetto di una sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore dell'urgenza, come auspicato dai Supremi giudici, occorre interrogarci a fondo e provare a dare una risposta ad un quesito che ci rincorre: la sentenza della Corte costituzionale sul suicidio assistito è una sentenza davvero di civiltà giuridica o è espressione di una minoranza che non trova conferma nel comune sentire? Difficile dare una risposta convincente, anche se a me sembra davvero che si sia voluto forzare la mano visto che il *vulnus* normativo sul quale si è inserita la Corte non esisteva, e vista anche la debolezza delle argomentazioni salienti sulla base delle quali è stato parzialmente derubricato l'art. 580 della legge penale. La più evidente di tutte è affermare che l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale richiesta dal malato (per come essa è stata prevista dalla legge n. 219/2017 e dal Codice di



deontologia medica) apra quasi automaticamente la strada all'accoglimento della sua richiesta all'aiuto al suicidio. Essa è una imbarazzante forzatura perché, se così realmente fosse, non ci sarebbe stato alcun *vulnus* di quella legge e perché, con tale apodittica affermazione, si confonde strumentalmente il non impedire artificialmente la morte con il provocarla intenzionalmente e volutamente. Sul piano morale, una cosa è il non impedire la morte su richiesta della persona attraverso il non inizio e/o la sospensione di terapie mediche di sostegno delle funzioni vitali, non curative; un'altra, invece, è provocare intenzionalmente e volutamente la morte della persona, pur assecondandone la richiesta e così ponendola nelle condizioni di farla finita con una vita non più degna di essere vissuta. Eviterà la deontologia medica di cadere in questo lapalissiano errore interpretativo? E sapranno i medici coltivare ancora la speranza della persuasione umana? Conto di sì e mi auguro che i professionisti facciano finalmente sentire la loro voce, portando avanti le loro idee e sottoponendole al dibattito pubblico, non già sulla base di pregiudiziali ideologiche ma nel solo interesse delle persone, specie di quelle più fragili e vulnerabili.

E sapranno le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale attrezzarsi, secondo i canoni indicati dai Supremi giudici, per favorire il sostegno attivo dei possibili candidati al suicidio assistito, contrastando il possibile fiorire di agenzie commerciali pronte a tutto quando c'è di mezzo il ricavo e gli interessi economici? Di questo sono, purtroppo, meno sicuro anche se dovremmo sicuramente spenderci in questa direzione e portare alla discussione pubblica le proposte avanzate, costringendo così le *leadership* aziendali a prendere una posizione chiara e precisa, senza abbandonare i professionisti all'incertezza e senza lasciarli in balia delle loro solitarie coscienze. Avendo anche l'organizzazione una coscienza pubblica che dovrà essere finalmente dichiarata. Non sarà sicuramente facile, ma lo dobbiamo alle persone che si rivolgono ancora al medico con fiducia, soprattutto a quelle più fragili e vulnerabili.

## Note

[1] *Suicidio assistito. Assolto Marco Cappato*, in *Quotidiano sanità* 23 dicembre 2019.

[2] Cfr., G. Fornero (Milano, 2005), *Bioetica cattolica e bioetica laica* il quale affronta i paradigmi delle due visioni etiche del mondo evidenziando che il contrasto tra i paradigmi dipende dal conflitto tra le rispettive idee-guida e che l'affermazione di un paradigma coincide, di fatto, con l'affermazione delle idee-guida che lo ispirano.

[3] Particolarmente decisa ed ideologicamente orientata, in tal senso, la posizione di M. Mori (*Suicidio assistito. La sentenza della Corte costituzionale ha aperto un'autostrada al diritto di morire*, *Quotidiano sanità* 19 dicembre 2019) a parere del quale, con un'equiparazione davvero retorica ed ambigua, "la sentenza sul suicidio assistito ha cambiato la storia socio-culturale italiana" come è accaduto, nel 1963, per il corso della storia politica mondiale in seguito all'assassinio del presidente americano Kennedy.

[4] Devo questa idea all'editoriale di F. Fubini pubblicato sul *Corriere della sera* il 6 dicembre 2019 (*Discutere di Europa fa solo bene*) il quale ci ricorda che, nel 1979, tre psicologi di Stanford distribuirono a due gruppi omogenei di persone, il primo favorevole ed il secondo contrario alla pena di morte, una descrizione di come quest'ultima viene realizzata. Risultato: al termine della lettura, i favorevoli erano ancora più radicati nella loro idea e così quelli del gruppo contrario.

[5] S. Rodotà parla, a questo riguardo, dell'avvenuta "giuridificazione" della società ed dell'imperialismo giuridico caratteristico della nostra *law-sature society* (*La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2006)

[6] Art. 34 (Autonomia del cittadino). “Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso. Il medico ha l’obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l’età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente”.

[7] Cfr., A. Nicolussi (*Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in Corti supreme e salute, 2019, 2: p. 13), in maniera molto convincente, parla di una dignità soggettivizzata ritenendo che “la dignità assorbita dall’autodeterminazione è una dignità che di fatto è destituita di valore”.

[8] “Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali”.

[9] Così, ancora, A. Nicolussi, op. cit. *supra*, p. 5.

[10] Mi si permetta rinviare al nostro contributo personale: F. Cembrani et. al., *La pianificazione condivisa della cura e l’autodeterminazione della persona anziana affetta da patologie psicogeriatriche*, in Psicogeriatria, suppl. 2, 2019.

[11] Così C. Tripodina, *La circoscritta area di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in Corti supreme e salute, 2019, 2: p. 11.

[12] Questione, questa, affrontata da A. Da Re, *La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e rifiuto medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull’Ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018*, in Medicina e morale, 2019, 68(3):281–295.

[13] “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”.

[14] *Sedazione continua palliativa profonda nell’imminenza della morte*, 26 gennaio 2016. Cfr. F. Cembrani, *La sedazione palliativa profonda continua nel Parere approvato dal Comitato nazionale per la bioetica italiano il 29 gennaio 2016 (sedazione palliativa profonda)*; Giornale italiano di nefrologia, 2016; 33 (6).

[15] Con questa sentenza è stata annullata la decisione della Commissione dell’Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Bologna di radiazione dall’Albo dell’assessore regionale alle politiche per la salute avendo egli proposto e contribuito ad approvare, pur essendo un medico, una deliberazione della Giunta regionale emiliana con la quale atti di pertinenza medica sono stati attribuiti al personale infermieristico dedicato al Servizio di emergenza.

[16] Così la legge di riordino delle professioni sanitarie firmata dall’ex Ministro Beatrice Lorenzin.

[17] Così si esprime il documento *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole* circolato in rete all’inizio del settembre del 2019 che, per la mia

esperienza personale, non era possibile firmare nonostante l'auspicato pluralismo pubblico se non per sola accettazione.

[18] Che deve supportare "l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale [...] al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva" (così l'art. 1, co 3, lettera c) del decreto lgs. C.d.S. n. 233 del 1946).

[19] Cfr. I. Cavicchi, *Caso Venturi. Sentenza inappellabile ma molto discutibile*, in *Quotidiano sanità*, 16 dicembre 2019.

[20] Ricordo che la World Medical Association (WMA) che rappresenta i medici di 112 Paesi dei 5 Continenti con le loro differenze di cultura e di fede, ha recentemente ribadito, nel corso della sua 70<sup>a</sup> Assemblea annuale svoltasi a Tbilisi, la sua ferma opposizione al coinvolgimento del medico nell'eutanasia e nel suicidio assistito.

[21] Sui vari siti del Web il costo del suicidio assistito in Svizzera ammonterebbe oggi, secondo l'Associazione Exit-Italia, a circa 10 mila euro.

[22] Cfr., A. Damasio (Milano 2012), *Il sé viene alla mente*. L'Autore, nelle dense pagine di questa summa della sua ricerca trentennale, affronta il tema neuro-biologico della coscienza che non è solo un mero stato di veglia (p. 13) ma il risultato dell'omeostasi profonda tra le nostre diverse interconnessioni determinate dallo stato di veglia, dalla mente e dal sé (p. 304).

[23] La valutazione descrittiva della *moral agency* comprende tutta una serie di luoghi o di abilità funzionali sulle quali esiste un sufficiente accordo nella letteratura internazionale che le ha indicate: (a) nella capacità di manifestare una scelta; (b) nella capacità di comprendere le informazioni, (c) nella capacità di dare un giusto peso alle medesime, (d) e nella capacità di utilizzare razionalmente le informazioni. La letteratura internazionale suggerisce, di conseguenza, l'utilizzo di strumenti standardizzati, come ad es., la MacCAT-T e MacCAT-CR (specifica per l'arruolamento delle persone in trials clinici sperimentali) impiegati per ridurre la soggettività clinica (T. Grisso et al., 1995, *The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments*, in *Law Hum Behav*;19:149-74) anche se questi strumenti faticano a trovare un ampio utilizzo nel contesto clinico italiano. Si dovrebbe, inoltre, discutere se questi strumenti non sopravvalutino le capacità cognitive scotomizzando al contempo quelle affettive (*affective capability*) e se queste ultime debbano essere esplorate in prospettiva ampia o riferite alle capacità decisionali richieste per la specifica situazione.

[24] Così M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-1975*, Milano, 2009.

[25] Cfr. R. Vaccani, *La sanità incompiuta. Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità*, Roma, 1991.