***In appendice all’audizione alla Camera, Commissioni II e XII sul problema della Ordinanza della Consulta DI STATO 207/18 si portano all’attenzione le seguenti osservazioni***

**La Consulta Deontologica Nazionale (CDN)** ha iniziato, fin dopo la pubblicazione dell’Ordinanza della Corte Costituzionale (207/18) un percorso di valutazione e di analisi degli effetti prodotti dalla stessa, e sulle proposte di Legge d’iniziativa popolare (Cappato e Mori) e parlamentari (Cecconi, Rostan et al.) fino alle ultime nate ovvero la proposta Trizzino e Pagano, che parzialmente recepiscono la indicazione di costituzionalità dei provvedimenti legislativi futuri o, con l’ultima, rimettono in discussione l’articolato delle modifiche della L.219/17 e soprattutto la modifica del Codice penale, con riferimento all’art. 580 ed anche all’estensione della revisione degli artt. 575, 579 e 593 sempre del C.P..

Da ultimo Binetti e Gasparri, come primi firmatari, hanno eccepito col dovuto rispetto sul ruolo della Consulta di Stato che esautora, per certo verso, il Parlamento dall’attività legislativa in merito al tema del fine vita e peraltro contropropone una PDL in linea con quella dell’On. Pagano che limita le sanzioni dell’applicazione dell’art.580 del c.p. verso i familiari in casi per così dire pietosi.

Il medico ha nella professione un unico riferimento che è il Codice Deontologico, a salvaguardia della propria autonomia, prevista anche dalla Legge 3 del 11.1.2018 (Istituzione delle professioni sanitarie). Questi, come qualsiasi comune cittadino risponde alla Costituzione ed alle Leggi dello Stato, con l’eccezione che esse non contrastino con i principi della professione, richiamandosi alla clausola di coscienza (art.22 DD) che si vuole espressa per Legge con l’obiezione.

Peraltro, non è automatico che pretenda di modificare la norma deontologica in base alle leggi dello Stato qualora precludano il rispetto della deontologia.

**Il ruolo del medico di fronte al paziente in fase di fragilità estrema, dovuta ad una malattia inguaribile o nel fin di vita, è di assistenza e cura e si pone in forte discussione il suo coinvolgimento nelle dinamiche suicidarie.**

**Non è inteso prescindere dai principi deontologici richiamati dall’art. 16, che all’ultimo comma richiama l’art. 17, come pure non si giustifica qualsiasi comportamento volto al “compiacimento delle richieste dell’ammalato”, di cui è fatto espresso divieto nell’art. 13 del codice.**

**La mission del medico nella prassi e nella terminalità si riassume** in quel *I cure and I care*, curare e prendersi cura, che esprime il profondo rispetto dell’altro e, soprattutto, declina in modo universale il valore della dignità della persona, del suo vivere e del suo morire, operando in modo da rendere la malattia o la situazione di fine vita più sopportabile, lenendo il dolore e la sofferenza.

**Le proposte di legge formalizzate in Parlamento negli ultimi mesi hanno coinvolto la CDM in un’analisi a tutto campo e portano a fare una serie di rilievi di natura professionale ed etica.**

**È lecito chiedere al legislatore:**

* *Perché è solo il medico autore e delegato alla pratica suicidaria*? Perché il SSN sede di suicidio?
* *Perché il medico registra la volontà suicidaria del paziente*?
* *Perché il medico, che è un cittadino con ruolo e funzioni particolari, sociali e sanitarie, deve rispondere in tutto e per tutto, sempre e comunque, alla Legge che contrasti coi principi della professione e dare la morte?*

**La posizione della Federazione è, pur sempre dialettica, ferma sui principi della deontologia applicata.**

**Di fronte all’eccezione presentata dai parlamentari sulla rappresentatività va detto che la Federazione rappresenta tutti i medici, allo stesso modo del parlamentare che rappresenta ogni cittadino e non solo chi l’abbia votato.**

L’Ordine è un organo dello Sato riconosciuto nelle sue funzioni sussidiarie (L.3/18) e in modo traslato i medici che ne sono tutelati sono chiamati al rispetto dei principi costituzionali ma non possono trascurare il dettato deontologico.

**I principi deontologici espressi portano a considerare di tenere fuori la professione dalla questione dell’eutanasia vera o mascherata da suicidio assistito, perché non è chiaro il motivo per cui debba essere una funzione esclusivamente medicalizzata e del perché ogni atto suicidario ed eutanasico debba essere ricondotto al solo medico. Come anche del perché l’atto in sé, sia solo legato ad intervento preliminare o prescrittivo medico.**

Il medico ha una sua funzione peculiare, per mandato e tradizione: ovvero di curare e di lenire le sofferenze. In questa logica agisce e attua tutti i presidi medici perché si realizzi.

Da qui la necessità di togliere la prescrizione della “pozione eutanasica” in cui lo Stato può prevedere diversa articolazione senza che ciò sia prescrizione medica, soggetta, cioè, alla attribuzione di funzione specifica e peculiare del medico.

A questo sarà lo Stato a valutare i tempi e i modi per dare risposta all’autodeterminazione del paziente/persona. Ma va riconosciuto al medico che non possa avere, nelle situazioni di estrema necessità, che il compito di tutelare la salute del paziente e lenire le sofferenze, nei tempi e nei modi che la professione stabilisce, e che, per il ruolo peculiare che egli svolge, sia a lui assegnata in modo indelegabile proprio a tutela dei soggetti fragili.

E lo fa attraverso la palliazione che deve essere garantita presso centri appositi in tutto il territorio nazionale e attraverso la sedazione profonda che è ben altra cosa dall’eutanasia attiva o passiva, poiché i farmaci e la modalità di somministrazione portano ad una situazione di assenza di sofferenza aspettando l’evento naturale e non certo intervenendo per ridurre i tempi di vita. Unendo in ciò *pietas alla cura* che tenga conto della dignità della persona nell’estremo atto del trapasso dalla vita.

**È opinione fondata che occorra lasciar fuori il medico dalla querelle legislativa e dalla legalizzazione o depenalizzazione dell’atto suicidario e eutanasico, che nella giurisprudenza sarebbe rientrante nei reati imputabili negli articoli 575-579-580 e 593 del Codice penale (CP) che si vuole andare a modificare, a anche del solo art. 580 c.p. che sembra essere il solo a poter essere modificato.**

**Se lo Stato intende andare su questa strada, che sia china o percorso scivoloso, come si reputa negli ambiti bioetici o del biodiritto, è prerogativa del Parlamento nel rispetto della Costituzione.**

Certo, è evidente la necessità che il medico non partecipi attivamente e che si valutino le strade legittime o legittimate di adire alla soluzione prospettata, tenendo conto del tema tutt’altro che semplice e dividente che è proprio, il suicidio assistito e, soprattutto l’eutanasia, estese nelle situazioni non previste dalla Consulta di Stato, ovvero della *non terminalità* oggettiva.

**Un rilievo non meno importante è conoscere** quale sia l’entità del fenomeno sulla base delle richieste e delle ipotesi stimate di richiesta suicidaria.

Così come è opportuno valutare l’entità del fenomeno: ovvero quale sia la rispondenza delle richieste suicidarie fra i pazienti fragili, fra quelli terminali in modo da avere contezza della realtà attuale.

Va anche valutata la possibilità che si arrivi a richieste da parte di soggetti non in fase di terminalità oggettiva ma da parte di pazienti in stato di prostrazione e richiedenti aiuto, con turbe esistenziali, richiamando alla memoria vicende assimilabili alla “morte psicogena e al suicidio razionale” di Noa Pothoven 17 enne olandese e Alice Whiting, originaria della contea di Orange, California, suicidatasi nel 2016 a 89 anni come autodidatta, all’oscuro dei familiari.

**Dalla parte del medico, d’altro canto,** non può pensarsi l’inapplicabilità della deontologia al suo agire professionale, così da postularsi che la norma deontologica vada di pari passo col rispetto del ruolo di medico che cura e presta le cure opportune nel linimento del dolore e della sofferenza, con tutti gli strumenti che la scienza e la prassi medica hanno evidenziato e che la stessa Legge 219/17 prevede. Legge che, occorre ricordarsi, è nata dalla trascrizione degli articoli specifici del Codice Deontologico medico vigente e che prevede la palliazione estesa e la sedazione profonda[[1]](#footnote-1).

Il capitolo della palliazione oggi è colmo di omissioni e inadempienze: un semplice dato sul suo utilizzo delle cure viene fornito dalla SICP (Società italiana Cure Palliative).

Su 35.000 bambini che ne avrebbero necessità, solo 5.ooo, ovvero il 14,28 %, ne usufruisce, confermando l’andamento generale anche per l’adulto in cui tali procedure sono attuate nel 20 % dei pazienti rispetto alle reali necessità con ben un 80 % di non utilizzo. A conferma che le due leggi 38/2010 e 219/2017 sono applicate in modo insufficiente e a macchia di leopardo o spotty.

Da qui la necessità che il legislatore si impegni da un lato a diffondere le cure, con l’apporto della Conferenza Stato Regioni, faccia in modo d’applicare omogeneamente la legge 38/2010, con adeguate risorse, e dall’altro di emanare i decreti attuativi sulla L.219/17, che contribuirebbero anch’essi all’applicazione estensiva su tutto il territorio nazionale il trattamento del dolore e la palliazione[[2]](#footnote-2). ().

Vi è un aspetto importante che riguarda la posizione del medico, e va per questo richiamata la Legge 3/18, istitutiva degli Ordini Sanitari, che stabilisce come *il comportamento del medico sia dettato dal Codice deontologico nel rispetto della sua autonomia professionale, nella valorizzazione sociale per la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva* [[3]](#footnote-3).

**La tutela della salute della persona e della collettività trova conforto nella massima della *religio hominis*, nella visione laica e allo stesso tempo religiosa,** che trova consistenza e rafforzamento nel valore della dignità della persona nel vivere e nel morire. Che è u*na sorta di metaforizzazione del valore religioso su determinate realtà umane, culturali, con una religio hominis civile, politica alimentata da fede filosofica, relativizzando l’istituzione religiosa, con escursioni ermeneutiche, non più solo religiose ma condizionate dalle scienze umane.*

Da qui la conferma del ruolo del medico che si esplica nella cura e nel prendersi cura della persona che ne abbisogni, come recita la legge, nella “tutela della salute individuale ecollettiva”.(art. 39 CD succitato). Ma nell’analisi della legge 219/17, che come detto si rifà al CDM, nel merito prevede un aspetto di primaria importanza, l’autodeterminazione, non prevista espressamente nella Costituzione ma che rafforza il concetto di scelta autonoma delle cure del cittadino in ambito di tutela della salute.

Autodeterminazione e consenso, che diventa unilaterale e, dunque, mono senso spostato sul paziente, secondo cui alcuni cultori del diritto vedono in esso un ribaltamento del paternalismo medico sul paziente, determinando, cioè, una sorta di paternalismo del paziente sul medico, non più elemento di garanzia della beneficialità intesa come salvaguardia della salute psico fisica del paziente[[4]](#footnote-4).

Il paziente diventa limitatore dell’autonomia del medico che a sua volta diventa mero esecutore delle volontà altrui e soprattutto dello Stato.

Su questo si gioca il vero rapporto medico paziente, depauperato del valore dell’alleanza terapeutica, ma portato alla dimensione di servitore, fortunatamente, nell’indicazione della Consulta e delle ultime due PDL (Trizzino e Pagano) **lasciato almeno alla libera scelta di coscienza**, superando il carattere impositivo delle altre proposte agli atti parlamentari, compresa quella presente in Senato, con primo firmatario il sen. Marcucci.

Il medico delle Istituzioni, qual è il rappresentante Ordinistico, in quanto esponente di un Ente sussidiario dello Stato che agisce in autonomia professionale agisce nel rispetto delle Leggi e della Costituzione, ma esterna il diritto-dovere di opporsi laddove lo Stato vada a legiferare snaturando l’essere e il vivere la professione medica.

**Gruppo di lavoro sull’Aiuto al morire**

Non coglie certo inaspettata la posizione espressa di recente dal gruppo di BIODIRITTO facente capo all’Università di Trento sulle posizioni in merito all’eutanasia, che porta a considerare come fondanti i principi “*personalista, pluralista e d’eguaglianza”.*

Un documento che vuole essere un “*inquadramento delle principali questioni giuridiche relative alla legalizzazione, in determinate condizioni, dell’aiuto medico a morire. Tale terminologia, aiuto medico a morire, risponde alla scelta di riferirsi sia all’assistenza al suicidio sia all’eutanasia”.*

Esso si sofferma sul principio che “*nello Stato costituzionale di diritto non sono le libertà personali, ma le rispettive limitazioni a dover essere giustificate.* ***La regola di fondo è costituita dal rispetto della libera scelta della persona sulla propria esistenza****. Lo Stato si limita a imporre obblighi e divieti per tutelare gli interessi della collettività, di terzi o della stessa persona quando versi in una condizione di vulnerabilità che impedisca la formazione di una sua volontà consapevole e autentica. […]*

Al fine di porre *“su un piano di pari tutela: (a) le persone malate in grado di attivare autonomamente il processo letale; (b) le persone che non possono farlo per una incapacità fisica; (c) le persone che, allo stesso scopo, richiedono l’attività di terzi. […] e si esclude il diritto all’aiuto medico a morire per motivi non legati a una malattia che provochi sofferenza. […]*

Si considera il fatto che **“*Limitare l’aiuto al suicidio ai soggetti che sono fisicamente in grado di attuarlo, significa escludere coloro che, per motivi accidentali, non possono attuare autonomamente la propria volontà. […]***

Inquadrando il percorso come “*etico e giuridico di rispetto crescente per l’autodeterminazione personale si è avviato grazie ai progressi della medicina, della tecnologia e del sentire sociale.*

Alla base della iniziativa che dovrà essere normata per Legge ritiene che “***l’aiuto medico a morire debba essere realizzato solo in presenza e sotto la supervisione di un medico, fondamentale a partire dalla formazione della volontà del paziente, fino alla somministrazione del farmaco. […] E che le pratiche siano da inserirsi nei LEA …. E i farmaci siano a carico del SSN …prevedendo l’obiezione di coscienza […]***

Considera per il medico che “*l’obiezione di coscienza per le procedure e attività specificamente e necessariamente collegate all’aiuto medico a morire [ ..]*  diventi strumento per l’inapplicabilità della Legge o crei ostacolo alle norme stesse

Richiama gli Ordini a che “*prendano atto dell’incostituzionalità del divieto assoluto all’assistenza al suicidio emanando i propri codici deontologici”.*

**Posizione che è in linea con le posizioni espresse nelle varie PDL** di iniziativa popolare, alle proposte Cecconi (almeno con la limitazione all’art 580 del CP) e Marcucci e che vanno nel senso del pronunciamento in ordinanza della Corte Costituzionale.

***In conclusione***

***Una simile impostazione non può certo trovare d’accordo il medico alla luce della norma deontologica che non solo è tradizione plurimillenaria, ma va oltre i principi etici e professionali dell’arte medica, essendo non la vita, bensì la morte il vero nemico del medico verso cui quotidianamente combatte e che deve essere la stella polare di riferimento della vita professionale. Il medico cura ed è alleato della vita combattendo la malattia, ma non è artefice e esecutore di pratiche mediche che diano repentinamente la morte.***

***La china su cui ci si pone con l’apertura al suicidio assistito è quella dell’eutanasia, che è ben altra cosa dell’accompagnamento con sedazione profonda alla morte naturale, limitando la sofferenza nel rispetto della dignità, vera, di chi soffra per malattia incurabile. Tale non può essere, invece, la richiesta di porre fine ai propri giorni per problemi esistenziali, nel qual caso il medico non può cambiare il suo agire né, in linea di principio, il ruolo e la funzione di agente per la vita e per la salute.***

***La deontologia, a rgione, rappresenta una protezione del professionista e del paziente rispetto a interventi del potere politico o di altri poteri dello Stato (vedasi la sentenza n. 282 del 2002 della Corte Costituzionale) e tutela allo stesso modo la salute della collettività.***

***Così come la Corte Costituzionale a suo tempo ha riconosciuto e connotata l’autonomia del medico e qualifica la disciplina deontologica, assoggettabile al sindacato giurisdizionale soltanto quando violi precetti costituzionali o principi generali dell'ordinamento, ovvero quando incida su oggetti estranei al campo deontologico, sancendone la sua indipendenza .***

***Riferimenti legislativi***:

1. L.219/2017
2. L.38/2010
3. L.3/2018

***Riferimenti Deontologici***

1. Codice di Deontologia Medica 2014

***Altri Riferimenti***

1. Ordinanza Consulta di Stato n. 207/2018
2. Sentenza Consulta di Stato n.282/2002
3. Intervento: Andrea Nicolussi: Professione e quadri di riferimento legislativo, Padova, 7 aprile 2019
4. Biodiritto (online first): *documento di sintesi del gruppo di lavoro in materia di aiuto medico al morire*. Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale consapevole.
5. Dati Società Italiana di Cure Palliative - SICP (Presidente Italo Penco)

1. ***Art. 39: Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza***

   *Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita .Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento*.

   [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Legge****15 marzo 2010, n. 38 concernente “Disposizioni per garantire l'accesso alle****cure palliative****e alla terapia del dolore”, Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010* [↑](#footnote-ref-2)
3. capo II art.4: Riordino disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie 1 comma “capo I degli Ordini delle Professioni sanitarie- art. 1 punto c: *promuovono e assicurano 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 indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva; essi non svolgono ruoli di rappresentanza sindacale.* [↑](#footnote-ref-3)
4. Andrea Nicolussi, Professione e quadri di riferimento legislativo, Padova, 7 aprile 2019 [↑](#footnote-ref-4)