

Ai componenti GDL "Suicidio assistito e fine vita"
in seno alla Consulta deontologica nazionale:

Dr. Pierantonio Muzzetto (coordinatore)

Dr. Giorgio Berchicci

Dr. Claudio Buccelli

Dr.ssa Roberta Chersevani

Dr. Antonio D'Aloia

Don Rocco D'Ambrosio

Dr. Stefano Falcinelli

Dr. Maurizio Grossi

Dr. Gianfranco Iadecola

Dr. Marco Ioppi

Dr. Gianfranco Lima

Dr. Claudio Lucia

Dr. Giovanni Merlino

Dr. Alexander Peirano

Dr. Maurizio Benato

Dr. Antonio Panti

Loro e-mail

Cari Colleghi,

in accordo con il coordinatore della Consulta deontologica nazionale, Dott. Pierantonio Muzzetto, Vi informo che in data 15 febbraio 2019, dalle ore 10.30 alle ore 15.00, presso la sede della FNOMCeO (Via Fernando di Savoia, 1- Roma), è convocato il gruppo di lavoro della Consulta deontologica nazionale sul "Suicidio assistito e fine vita" di cui fate parte.

Si inoltra il materiale messo a disposizione dai Dott.ri Maurizio Benato e Antonio Panti per una prima riflessione sulla materia.

Al fine di agevolare i lavori del 15 febbraio c.a., eventuali contributi dovranno essere inviati alle seguenti e-mail:
deontologia@fnomceo.it; presidenteomceopr@gmail.com; pimuzzetto@gmail.com.

Cordiali saluti

All.to



Filippo Anelli

BOZZA DI APPUNTI PER LA DICUSSIONE SUL SUICIDIO ASSISTITO

1 PREMESSA: APPUNTO DI MAURIZIO BENATO

2 ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA: BOZZA DI ANTONIO PANTI

Basi giuridiche e argomentative del diritto a porre termine volontariamente alla propria vita

a cura di Maurizio Benato

A favore :

Il suicidio e' un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo che sono ritenuti preminenti nella visione del codice Rocco attualmente in vigore .

Analogamente a quanto avviene nelle altre legislazioni contemporanee, anche il nostro ordinamento non punisce il suicidio, neppure quando sarebbe materialmente possibile, ossia nel caso di tentato suicidio.

Punisce, però, severamente (con la reclusione da cinque a dodici anni) chi concorre nel suicidio altrui, tanto nella forma del concorso morale, vale a dire determinando o rafforzando in altri il proposito suicida, quanto nella forma del concorso materiale, ossia agevolandone «in qualsiasi modo» l'esecuzione. Ciò, sempre che il suicidio abbia luogo o che, quantomeno, dal tentato suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima (nel qual caso è prevista una pena minore).

Il legislatore penale intende, nella sostanza, proteggere il soggetto da decisioni in suo danno: non ritenendo, tuttavia, di poter colpire direttamente l'interessato, gli crea intorno una "cintura protettiva", inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui.

L'aiuto al suicidio dovrebbe essere riletto pertanto alla luce della Costituzione: in particolare, del principio personalistico enunciato dall'art. 2 – che pone l'uomo e non lo Stato al centro della vita sociale – e di quello di inviolabilità della libertà personale, affermato dall'art. 13; principi alla luce dei quali la vita – primo fra tutti i diritti inviolabili dell'uomo – non potrebbe essere «concepita in funzione di un fine eteronomo (che riceve dall'esterno norma propria) rispetto al suo titolare».

Di qui, dunque, anche la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza.

Il diritto all'autodeterminazione individuale, previsto dall'art. 32 Cost. con riguardo ai trattamenti terapeutici, è stato, d'altronde, ampiamente valorizzato prima dalla giurisprudenza e poi dal legislatore, con la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni

anticipate di trattamento), che sancisce l'obbligo di rispettare le decisioni del paziente, anche quando ne possa derivare la morte.

La conclusione sarebbe avvalorata, inoltre, dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Essa avrebbe conosciuto una evoluzione, il cui approdo finale sarebbe rappresentato dall'esplicito riconoscimento, sulla base degli artt. 2 e 8 CEDU Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo (che riconoscono e garantiscono, rispettivamente, il diritto alla vita e il diritto al rispetto della vita privata), del diritto di ciascun individuo «di decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà».

Gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in riferimento agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, attribuirebbero a ciascuna persona la libertà di scegliere quando e come porre fine alla propria vita: ottica nella quale l'aiuto al suicidio prestato in favore di chi si sia autonomamente determinato nell'esercizio di tale libertà costituzionale si tradurrebbe, in ogni caso, in una condotta inoffensiva.

A fronte di ciò, il bene giuridico protetto dalla norma denunciata andrebbe oggi identificato, non già nel diritto alla vita, ma nella libertà e consapevolezza della decisione del soggetto passivo di porvi fine, evitando influssi che alterino la sua scelta.

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. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento): legge che si auto-dichiara finalizzata alla tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost. e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 1, comma 1).

Se, infatti, 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 richieda 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 del malato 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.

Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze sono solitamente ascrivibili a tale categoria di soggetti ma anche chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento. Non si vede pertanto perché il medesimo soggetto debba essere ritenuto viceversa bisognoso di una ferrea e indiscriminata protezione contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri, quale alternativa reputata maggiormente dignitosa alla predetta interruzione.

Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, 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., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive art. 3 Cost.: rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana.

Contrarie :

sul piano della identità della medicina e del rapporto medico paziente.

Contro il modello «paternalistico», secondo cui spetterebbe al medico decidere le scelte curative per il bene del paziente, si è giustamente affermato, a partire almeno dal secondo dopoguerra, un rapporto più equilibrato, definito come di «alleanza terapeutica», secondo cui la decisione curativa dovrebbe essere assunta nell'orizzonte del maggior bene del paziente, individuato in modo condiviso alla luce dell'esperienza soggettiva di vita e dei desideri del malato, nonché della oggettiva proporzione fra i benefici prevedibili e i costi di sofferenza del trattamento. Il modello dell'«alleanza terapeutica», scaturito dalla valorizzazione del «consenso informato» sottolinea l'esigenza che al centro della medicina stia il rapporto fra il medico e il paziente, come incontro tra due soggetti che nasce da uno stato di bisogno del malato e si esprime come richiesta d'aiuto. L'incontro instaura una relazione comunicativa che è di per sé asimmetrica a causa della disuguaglianza di competenze e dello stato di necessità in cui versa il malato. Cercare di colmare la loro distanza pur mantenendo la differenza data dalla conoscenza scientifica del medico, significa preservare l'apertura e la disponibilità alla comunicazione esistenziale. Curare il paziente vuol dire non solo attuare un intervento terapeutico, ma anche comprendere attraverso un processo ermeneutico l'uomo malato nella cui biografia la malattia si iscrive.

Com'è evidente, il modello dell'«alleanza terapeutica» si contrappone non soltanto al «paternalismo», ma preserva altresì la medicina da ogni forma di contrattualismo e di burocratismo: la valorizzazione del dialogo come centro focale del rapporto costituisce condizione di possibilità affinché libertà e bene del malato, cardini attorno a cui ruota l'attività medica, trovino una conciliazione anche nei casi difficili. L'«alleanza terapeutica», infatti, che s'instaura fra il malato e il medico, ha un oggetto determinato, che segna i confini della decisione condivisa. In questa alleanza né il medico può spingersi oltre l'obiettivo del bene integrale del paziente, né quest'ultimo può pretendere che il medico rinunci a perseguire questo bene, sia pure valutato alla luce della sua esperienza, dei suoi desideri e dei suoi piani di vita. Esigere, invece, che il medico si faccia strumento di morte significa andare ben al di là dell'«alleanza terapeutica», costruendo una relazione contrattualistica di natura diversa da quella che contrassegna indelebilmente la medicina. Onde il paziente non ha il «diritto» di pretendere che il medico si faccia strumento di morte, né, all'inverso, di richiedere l'attuazione di cure obiettivamente futili sul piano medico.

Sul piano filosofico del diritto

L'assolutizzazione del principio di autonomia inquina irrimediabilmente il significato del diritto, secondo una linea di pensiero di tipo nichilistico, che, interpretando fallacemente i diritti come poteri assoluti dell'individuo, finisce per distruggerne il contenuto e la funzione. Ogni diritto consiste nel riconoscimento di una libertà soggettiva per il perseguimento di un bene, e, dunque, nella tutela di una facoltà di azione in vista di un fine. In ogni diritto è compreso un aspetto negativo, come salvaguardia dell'ordinamento dalle possibili intromissioni esterne, individuali o statali, nell'esercizio della libertà personale. L'ordinamento giuridico tutela anche la libertà negativa, ma non può mai perdere di vista il bene in funzione del quale la libertà è riconosciuta. Può consentire che il soggetto non persegua il bene in vista del quale il diritto è riconosciuto, ma non trasformare in «diritto» la mera libertà di fatto di distruggere il bene che costituisce la ragione per cui il diritto sussiste. Ciò vale per la vita o per la salute, per la dignità, per la libertà e per qualsiasi altro diritto fondamentale dell'uomo. Tutti questi beni non consentono l'assoluta disponibilità del diritto, come sarebbe se fosse ricompreso nel diritto alla vita e alla salute la facoltà di distruggerle, nel diritto alla dignità e alla libertà la facoltà di negarle, imponendo coattivamente al terzo — e, ultimamente, allo Stato — di compiere gli atti diretti a mettere nel nulla la vita, la salute, la libertà e la dignità.

Se, invero, il diritto alla vita oggi può ricomprendere la facoltà di distruggerla, colui che non è in grado di uccidersi per incapacità fisica o per debolezza psicologica di darsi direttamente la morte può pretendere che altri mettano fine alla sua vita. Lo stesso per quanto attiene al diritto alla salute, alla libertà e alla dignità. Interpretare il senso e il contenuto di tali diritti al di fuori dell'oggetto loro proprio significa contraddittoriamente negarli, attribuendo spessore giuridico alla pretesa nichilistica del soggetto di distruggerli. L'assoluta autodeterminazione, senza vincoli e limiti dettati dal rispetto dei beni in funzione dei quali il diritto è riconosciuto, sfocia nella negazione dei beni e nella pretesa che gli altri contribuiscano alla loro distruzione.

Appare in questo quadro la valenza nichilistica e la contraddittorietà logica intrinseche a un diritto che si risolverebbe, in ultima analisi, nell'autodeterminazione assoluta del singolo. Mentre vuole affermare la libertà del soggetto sciolta da ogni vincolo, tale «diritto» non può non realizzarsi se non attraverso la strumentalizzazione delle altre persone, che vengono costituite come strumenti indispensabili per l'attuazione di tale libertà. La strumentalizzazione degli altri — in particolare, del medico, che sarebbe costretto, in base al contratto, a compiere un atto contrario alla vita e alla salute, dunque, al bene del paziente — è implicita nella costruzione, al centro dell'ordinamento giuridico, di una sorta di «diritto» assoluto e illimitato a realizzare comunque gli effetti della propria autodeterminazione, senza che essa sia previamente definita sul piano giuridico dalla res iusta, cioè dal rapporto di proporzione che intercorre fra i mezzi adottati e il bene in vista del quale il diritto è previsto dall'ordinamento.

L'indisponibilità della vita è una verità oggettiva e comune, il cui misconoscimento deforma in modo profondo la convivenza sociale. Va detto, anzitutto, che il principio dell'indisponibilità della vita non è soltanto il corollario di una visione religiosa secondo cui l'uomo non dispone della vita e della morte, poiché la vita è dono di Dio, e non spetta all'uomo dare o togliere ciò che non è, in definitiva, esclusivamente «suo», ma è anche il fondamento indispensabile di una convivenza civile istituita fra persone libere e uguali. All'etica basata sulla sacralità della vita si contrappone oggi un'etica secolare, che si propone di sostituire il concetto di sacro con quello di qualità della vita, intesa come un insieme di parametri che consentirebbero di stabilire il reale valore di ogni vita umana. Autorizzando l'uccisione della persona innocente e costituendo in «diritto» il suicidio, l'ordinamento giuridico smarrirebbe la sua più profonda ragione d'essere, che sta nella tutela della persona umana dalla violenza aggressiva e autodistruttiva, che alberga come tentazione perenne nel cuore dell'uomo decaduto. Il diritto non è costituito nel suo fondamento da un precetto eteronomo (che riceve dall'esterno norma propria), che vieta e comanda indifferentemente questa o quella condotta, e che

s'impone dall'esterno alla volontà, bensì da una verità oggettiva che la coscienza dell'uomo guadagna con la ragione come regola valida per la promozione del bene a tutti comune e la volontà spontaneamente attua alla sequela del dettame della ragione. Quando l'autonomia diventa esclusiva, a scapito della composizione bilanciata di tutti i principi bioetici per una decisione rivolta al maggior bene, il rapporto paziente/medico subisce una innaturale torsione in senso contrattualistico, con lo smarrimento delle sue più rilevanti connotazioni etiche.

Per questo motivo, una vera norma giuridica, conforme alla natura razionale dell'uomo, vige non soltanto come precetto di condotta da osservarsi nei confronti degli altri, bensì anche, prima e soprattutto, nei confronti di sé stesso. Il divieto di uccidere scolorirebbe come qualcosa di relativo, se concernesse soltanto l'uccisione degli altri e non di sé stesso. Non scaturirebbe dal precetto di Non uccidere un'autorità razionalmente cogente, tale da indurre a non uccidere gli altri, se il divieto non riguardasse, principalmente e fondamentalmente, l'uccisione di sé stesso.

Se si differenziasse il sé stesso dagli altri, la forza del divieto starebbe soltanto nel timore della sanzione, stabilita dalla legge positiva in via di compromesso per evitare che il potere assoluto di uno venga in guerra con il potere assoluto degli altri. La forza del divieto sta, invece, nel riconoscimento della vita come bene posto a fondamento di tutti gli altri, ivi compreso quello della convivenza sociale. Se si pensasse diversamente, verrebbe meno il riferimento a un principio a tutti comune e la convivenza sociale si avventurerebbe nelle sabbie mobili di un relativismo totale dove tutto è convenzionabile, tutto è negoziabile: anche il primo dei diritti fondamentali, quello alla vita.

Riconoscere come «diritto» la richiesta di essere uccisi significherebbe considerare «convenzionabile» e «negoziabile» il diritto alla vita. La base del diritto non starebbe nell'autorità granitica del giudizio pronunciato dalla ragione, comune a tutti gli uomini, bensì nel mutevole contenuto della legge dello Stato, dipendente dal compromesso fra volontà indipendenti le une dalle altre.

Occorre poi rilevare che il riconoscimento dell'eutanasia e dell'aiuto al suicidio come «diritti» di libertà, annienterebbe l'ordinamento giuridico nella sua intrinseca natura di criterio ordinatore dell'esercizio della libertà degli uni rispetto a quella degli altri, nella condivisione dell'esistenza di spazi sottratti alla libertà senza legge di ciascuno. Ciò costituisce, peraltro, la base indispensabile di una democrazia ben intesa

Sul piano di merito costituzionale

Va escluso che l'articolo 32, comma 2, della Costituzione abbia voluto innovare rispetto al principio dell'indisponibilità della vita. Secondo una corretta ermeneutica, l'articolo 32 della Costituzione dev'essere interpretato nella sua integralità. Il comma 1 del medesimo articolo statuisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». L'asserto che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo significa che lo Stato non può strumentalizzare tale diritto a profitto di altri beni, siano essi individuali o collettivi. Per esempio, nessuno può essere sottoposto a sperimentazione farmacologica, diagnostica o terapeutica per il progresso della scienza, né possono essere svolte attività lavorative, pur utili alla collettività, che mettano a rischio la salute del lavoratore.

La salute individuale è, però, anche un bene per l'intera comunità, come afferma esplicitamente l'ultima parte del comma 1 dell'articolo 32. La salute è, pertanto, un diritto non disponibile e non negoziabile, che non può logicamente contenere il suo contrario, come sarebbe se tale diritto si riducesse al principio dell'assoluta autodeterminazione e il suo oggetto consistesse tanto nel bene positivo quanto nel suo annientamento.

Il comma 2 dell'articolo 32 rivela, poi, una saggezza pratica esemplare, perché risolve con equilibrio il problema delle modalità con cui l'interesse pubblico alla salute di ciascun individuo, costituzionalmente

riconosciuto, può essere fatto valere nei confronti del suo titolare. Senza per nulla e in nulla innovare il principio fondamentale della indisponibilità della salute, intende evitare che l'autorità amministrativa eserciti autonomamente e discrezionalmente le sue facoltà per garantire e promuovere l'«interesse» della collettività, costringendo i cittadini a interventi, nell'interesse della collettività, che non siano previsti dalla legge e che non rispettino la persona umana. A questo scopo contempla, nella prima parte del comma 2, la riserva di legge, soggiungendo, appunto, nell'ultima parte, che neppure la legge può permettere trattamenti o interventi irrispettosi della persona umana.

Sul piano bioetico

La decisione eutanasi e l'aiuto al suicidio si collocano, infatti, all'interno di una relazione intersoggettiva in cui al «diritto» dell'uno corrisponderebbe il «dovere» del medico, o di qualcun altro, di uccidere. Non corrisponde al vero, dunque, che l'eutanasi e l'aiuto al suicidio restino confinati alla sfera soggettiva di coloro che rifiutano la vita, senza incidere sulla libertà degli altri. Anche gli «altri» sono coinvolti nelle decisioni eutanasiche o suicidarie, perché esse richiedono, per la logica loro intrinseca, un atto non soltanto materiale, ma di piena compartecipazione morale di una terza persona.

Infine, la «legalizzazione» dell'eutanasi e dell'aiuto al suicidio non rispetta il principio di uguaglianza di tutti gli uomini — infanti, adulti, vecchi, sani, ammalati — come fondamento dell'ordinamento giuridico. Se il divieto di uccidere sopportasse delle eccezioni, coloro che vengono a trovarsi nella sfera di operatività delle eccezioni non sarebbero giuridicamente uguali agli altri, perché non fruirebbero di una tutela incondizionata.

La radicale disuguaglianza giuridica fra gli uomini avrebbe una ricaduta psicologica e sociologica di enorme rilievo. Se l'eutanasi fosse una soluzione socialmente adeguata per risolvere il problema della malattia, la volontà di continuare a vivere, nonostante la malattia, rischierebbe di diventare, sul piano psicologico e sociologico, qualcosa di socialmente inadeguato. L'insicurezza della vita caratterizzerebbe, allo stesso modo dello stato di natura il vivere anarchico di un insieme di individui posti l'uno accanto all'altro, ma senza legami reciproci dove ciascuno vuole affermarsi indipendentemente dall'altro, anzi vuol far prevalere i suoi interessi.

2 ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA PER QUANTO RIGUARDA L'AGIRE DEL MEDICO, SENZA CONCLUSIONE

ANTONIO PANTI

"E' importantissimo intendersi chiaramente"

Berthold Brecht l'opera da tre soldi

"Signore, dà a ciascuno la sua giusta morte

quel morire che procede da una vita

in cui ha avuto amore, conoscenza e pena".

Rainer Maria Rilke, Il libro d'ore.

La prima questione da affrontare è quella del glossario. Purtroppo gli stessi medici, per non citare politici e giornalisti, fanno un uso distorto delle parole, il che confonde sommamente le idee dei cittadini per quanto colti possano essere. Propongo le più recenti definizioni correnti.

MORTE

Legge 29 dicembre 1993 n. 578 "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte"

Art. 1 (Definizione di morte)

"La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo".

Questa definizione si fonda sul lavoro dell'Harvard Ad Hoc Committee on Brain Death (1968) e President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1980) che definisce la morte come:

"La morte è la perdita totale e irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale".

EUTANASIA

"L'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa".

European Association Palliative Care, 2003

La legge e il codice deontologico dei medici (art. 17) la vietano sempre e comunque. La distinzione tra eutanasia attiva e passiva non ha più ragione di esistere perché o si procura la morte ed è vietato, o si interrompono le cure ed è lecito nelle condizioni previste dalla legge e che il medico attento e sensibile ha da sempre praticato.

SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

"L'azione di aiutare intenzionalmente, da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa"

European Association Palliative Care 2015

Il suicidio assistito è proibito in Italia ma consentito in alcuni paesi.

CURE PALLIATIVE

Organizzazione Mondiale della Sanità

"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale".

European Association Palliative Care, 2015

"Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine".

Le cure palliative rappresentano il tentativo della scienza medica di dare aiuto a chi soffre evitando terapie inutili, futili e spesso assai costose sul piano umano ed economico.

SEDAZIONE PALLIATIVA

"La somministrazione intenzionale di farmaci, alla dose necessaria richiesta, per ridurre fino ad annullare la coscienza del paziente, allo scopo di alleviare il dolore e il sintomo refrattario fisico e/o psichico, intollerabile per il paziente, in condizione di imminenza della morte"

Comitato Nazionale per la Bioetica: "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte", 29 gennaio 2016

La sedazione palliativa è ammessa anche dalla Chiesa cattolica in grazia della cosiddetta teoria del doppio effetto in quanto l'intenzione che la sostiene è dare aiuto a una sofferenza altrimenti invincibile e la morte è conseguente al decorso della malattia.

In questa sede stiamo parlando quindi delle situazioni in cui qualcuno facilita, non induce, la morte di altri mediante le prescrizione di idonei strumenti (farmaci) anche successivamente alla interruzione di sostegni vitali, mentre l'atto suicidario è compiuto dal soggetto richiedente; inoltre resta il problema della sorveglianza medica onde evitare inutili sofferenze.

A questo punto del ragionamento non possiamo ignorare la strada aperta dalla legge 22,12,17 n. 219 e percorsa dall'ordinanza della Corte Costituzionale n.207/18.

La Corte è stata investita dal Tribunale di Milano che ha rimesso la decisione di costituzionalità dell'art. 580.c. p. in relazione ai fatti connessi al suicidio assistito avvenuto in Svizzera del DJ Fabo e dell'incriminazione di Marco Cappato autodenunciatosi per l'assistenza al suddetto suicidio.

In sintesi la Corte ha disposto il rinvio del giudizio in corso, a sua volta invitando il Parlamento a promulgare una soluzione legislativa entro il 24, 09, 19 pena, ove questa fosse mancante, di esprimere essa stessa il proprio pare necessario al fine della modifica del suddetto art. 580 c.p..

Le condizioni nelle quali, giudizio della Corte, la questione va posta, nell'interesse del soggetto e nell'interpretazione corretta degli art. 3,13 e 32 Costituzione sono così espressi.

Occorre, tuttavia, considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio a quo: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli 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.

Il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

E' evidente in primis come si tratti di individuare la legittimità della richiesta suicidaria. Della questione è stato investito il Comitato Nazionale di Bioetica il quale ha chiesto a sua volta il parere della FNOMCeO con lettera del 19,12,1.

A questo proposito il Codice Deontologico approvato il 14,05,2014 così si esprime.

Art. 16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Nella medicina moderna non si parla più di accanimento terapeutico in quanto simili procedure, così come definite nell'art. 16 del codice deontologico, rappresentano un atto di futilità (futility secondo gli autori americani) o, meglio, un vero e proprio errore clinico

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.

Una recente legge francese (17/3/2015) ha ben precisato il diritto del paziente a rifiutare le cure e l'obbligo del medico di rispettarne la volontà e di alleviare la sofferenza fino alla sedazione terminale. *“Il medico pone in atto tutti i trattamenti sedativi per affrontare la sofferenza del malato terminale, anche se possono avere l'effetto di accorciare la vita. Il medico salvaguarda la dignità del morente e assicura la qualità della fine della sua vita.”*

In un articolo pubblicato sul NEJM del 25,05,15, contenente uno schema delle normative vigenti nei diversi Stati, Amir Attaran, docente a Ottawa Canada, a seguito di una recente sentenza della Corte Suprema Canadese che ammette la "medical aid in dying" afferma che *"per quanto esiste tuttora una repulsa nei confronti della morte provocata dal medico, l'incremento della terminalità nelle grandi insufficienze d'organo aumenterà assai nella società il senso di repulsa di fronte la diniego del diritto a una morte dignitosa".*

Al fine di proseguire nella discussione è importante seguire il ragionamento della Corte Costituzionale citando ulteriori passaggi dell'ordinanza 207/18

La disciplina da essa recata (l. 219/17 ndr), successiva ai fatti oggetto del giudizio principale, recepisce e sviluppa, nella sostanza, le conclusioni alle quali era già pervenuta all'epoca la giurisprudenza ordinaria – in particolare a seguito delle sentenze sui casi Welby (Tribunale ordinario di Roma, 17 ottobre 2007, n.2049) ed Englaro (Corte di cassazione, sezione prima civile, 16 ottobre 2007, n. 21748) – nonché le indicazioni di questa Corte riguardo al valore costituzionale del principio del consenso informato del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico: principio qualificabile come «vero e proprio diritto della persona», che «trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”» (sentenza n. 438 del 2008), svolgendo, in pratica, una «funzione di sintesi» tra il diritto all'autodeterminazione e quello alla salute (sentenza n. 253 del 2009).

In quest'ottica, la citata legge n. 219 del 2017 riconosce ad ogni persona «capace di agire» il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale (art. 1, comma 5). L'esercizio di tale diritto viene, peraltro, inquadrato nel contesto della «relazione di cura e di fiducia» – la cosiddetta alleanza terapeutica – tra paziente e medico, che la legge mira a promuovere e valorizzare: relazione «che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico», e che coinvolge, «se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo» (art. 1, comma 2). È in particolare previsto che, ove il paziente manifesti l'intento di rifiutare o interrompere trattamenti necessari alla propria sopravvivenza, il medico debba prospettare a lui e, se vi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative, e promuovere «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Ciò, ferma restando la possibilità per il paziente di modificare in qualsiasi momento la propria volontà (art. 1, comma 5). In ogni caso, il medico «è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», rimanendo, «in conseguenza di ciò, [...] esente da responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6).

Infine la Corte asserisce

La legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte 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.

In effetti la Corte conclude il suo ragionamento in modo che la Federazione non può non rispondere riconsiderando le vigenti norme codicistiche. Citiamo ancora dall'ordinanza 207/18

Se, infatti, 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 richieda 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 del malato 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.

Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze sono solitamente ascrivibili a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede perché il medesimo soggetto debba essere ritenuto viceversa bisognoso di una ferrea e indiscriminata protezione contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri, quale alternativa reputata maggiormente dignitosa alla predetta interruzione.

Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, 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., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.: parametro, quest'ultimo, peraltro non evocato dal giudice a quo in rapporto alla questione principale, ma comunque sia rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana).

A questo punto dell'esposizione dei fatti (per quanto incompleta) occorre porre alcune questioni fondamentali per quanto attiene al comportamento deontologico dei medici tenendo conto dei valori finora posti a base sia delle norme codicistiche che dell'evoluzione della società e del diritto per cui pare quasi che oggi si richieda al medico di impedire una morte tecnologica, ponendosi egli stesso come il principale punto di riferimento del paziente e della famiglia nel tentativo di rendere il processo del morire quanto meno sofferto e quanto più sereno possibile. *In tal senso si stanno orientando le Corti in moltissimi paesi e a tal fine sarà bene allegare la bibliografia.*

QUESTIONI PRINCIPALI

1) *La formazione alla PCC, per effetto sia dell'art. 5 della 219 sia della l. 38/10, la valutazione deontologica della cosiddetta surprising question e, infine, della palliazione intesa come atteggiamento del medico durante tutta l'assistenza,*

2) per quanto attiene la specifica questione del suicidio assistito è chiaro che la competenza dei medici riguarda la relazione e la comunicazione della prognosi da parte dei curanti nonché la definizione clinica, certamente affidata a un team clinico e medico legale, delle condizioni previste dalla stessa Corte per il fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.

Fin qui le competenze del medico e non mi sembra opponibile neppure la norma dell'art. 22 CD.

Art. 22 Codice deontologico

Rifiuto di prestazione professionale

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

Fermo restando che l'atto suicidario deve essere attribuibile al paziente, altrimenti siamo al di fuori dell'argomento de quo, allora si presentano i seguenti problemi durante la procedura:

- chi prescrive
- chi prepara il farmaco e/o le condizioni di fattibilità dell'atto
- chi interrompe gli eventuali sostegni vitali
- chi sorveglia il paziente onde evitare inutili sofferenze o disagi

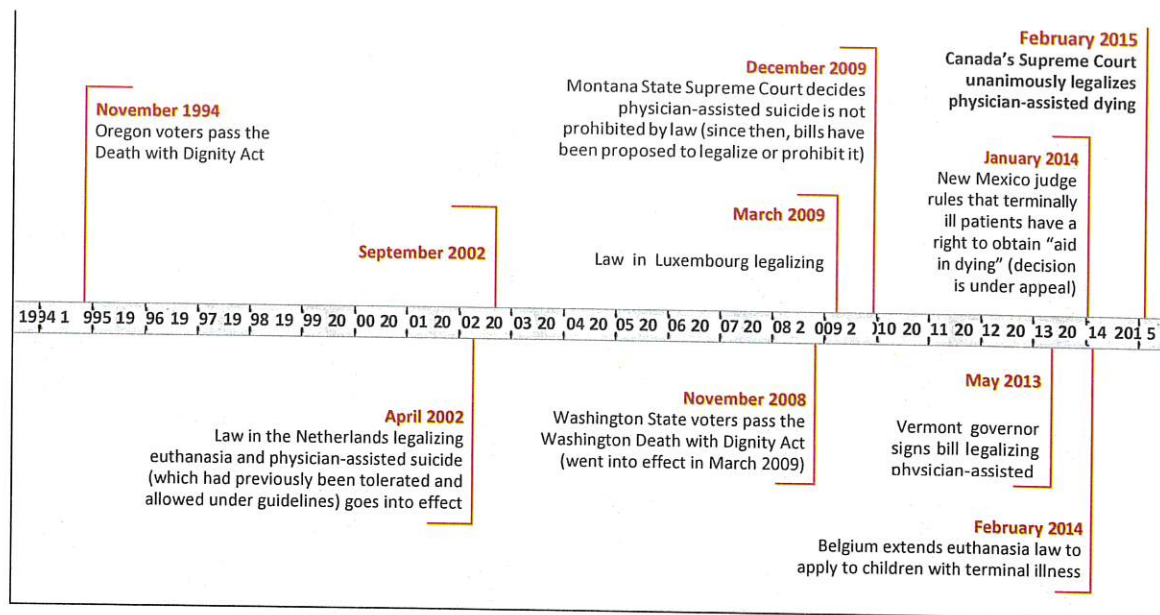
Fin dove è possibile, obbligatorio o negato l'intervento del medico?

In conclusione si pongono due questioni

1) se la morte fa parte della vita come processo finale quanto ciò incide sulla relazione di cura intesa come alleanza terapeutica?

2) come affrontare oggi il problema dell'obiezione di coscienza quando non vi sono in gioco interessi ulteriori e ultranei rispetto al paziente e al medico

A mio avviso la risposta a queste e eventuali altre questioni spetta alla FNOMCeO.





FNOMCeO

Il Presidente

ELENCO

Dr. Pierantonio Muzzetto (coordinatore)
presidenteomceopr@gmail.com; pimuzzetto@gmail.com

Dr. Giorgio Berchicci
ordinedeimediciidiisernia@virgilio.it
giorgio.berchicci@gmail.com

Dr. Claudio Buccelli
claudio.buccelli@unina.it

Dr.ssa Roberta Chersevani
roberta.chersevani@libero.it
info@ordinemedici-go.it

Dr. Antonio D'Aloia
antonio.daloia@unipr.it

Don Rocco D'Ambrosio
r.dambrosio@unigre.it

Dr. Stefano Falcinelli
stefano.falcinelli@alice.it

Dr. Maurizio Grossi
info@omceo.rn.it
grostom@libero.it

Dr. Gianfranco Iadecola
gianfranco.iadecola@virgilio.it

Dr. Marco Ioppi
marcoioppi14@gmail.com
info@ordinemedicitn.org

Dr. Gianfranco Lima
omedcrs@tin.it
limagianfranco50@gmail.com

Dr. Claudio Lucia
ordmedat@tin.it
asti@ordmedat.it



FNOMCeO
Il Presidente

Dr. Giovanni Merlino
amministrazione@ordinemedicipa.it

Dr. Alexander Peirano
alexpeirano@libero.it

Dr. Maurizio Benato
benatodr.maurizio@virgilio.it

Dr. Antonio Panti
antonio.panti@tin.it