PARMA MEDICA

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI PARMA

Spedizione in a.p. - 45% - ART 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 - Filiale di Parma

SPECIALE ATTI

1

Copia corretta

Comunicazione agli iscritti: Curare il collega non prevede onorario

Dalle spondiloatriti sieronegative alla bocca nella patologia di confine. Focus ai Martedì dell'Ordine

Atti Convegno Suicidio Assistito

I nostri lutti

"Il medico di fronte al fine vita? Lenisce il dolore, non uccide"

Il primo numero del 2020 del nostro bollettino ordinistico Parmamedica è uno speciale contenente gli atti del convegno che si è tenuto a Parma il 18 ottobre 2019.

Il tema è stato il medico di fronte al fine vita. La posizione espressa - durante l'evento nazionale "Il suicidio assistito tra diritto e deontologia. La legge, il consenso e la palliazione", organizzato sotto l'egida Fnomceo, dall'Omceo Parma e dal Gruppo di lavoro su Suicidio Assistito e Eutanasia della Consulta Nazionale Deontologica, dopo la sentenza della Corte Costituzionale che si è pronunciata riguardo al caso Cappato Dj Fabo – è che egli lenisce il dolore, non uccide.

NUMERO CONTENENTE GLI ATTI DEL CONVEGNO

MEDI SALUSER
CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO

Via Giuseppe Verdi 27/a
43121 Parma (PR)
Tel 0521 234181
0521 200698
Fax 0521 231289
info@medisaluser.com

www.medisaluser.com

Orari
Lunedì - Venerdì dalle 7.30 alle 20.00
Sabato dalle 8.00 alle 13.00

STAFF MEDICO

ALLERGOLOGIA
Dott.ssa Patrizia Barcella
Dott.ssa Grazia Manfredi

ANESTESIOLOGIA
Dott.ssa Elisabetta Spadini

AUDIOMETRIA
Luca Cabrini
Alessandra De Comite

CARDIOLOGIA
Dott. Luigi Bastoni
Prof. Roberto Bolognesi
Prof. Nicola Carano
Dott. Angelo Carboni
Dott. Massimo Gualerzi
Dott.ssa Anna Rita Maurizio
Dott. Umberto Taliani
Prof. Marino Tonelli

Centro Cefalee
Prof. Giancamillo Manzoni
Spec. in Neurologia

CHIRURGIA GENERALE
Dott. Paolo Bocchi

CHIRURGIA OCULARE*
Prof. Fabrizio Neri*

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
Dott. Gerardo Gasparini

CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Gioachino lapichino

DERMATOLOGIA
Dott.ssa Valeria Boccaletti
Dott.ssa Chiara Cortelazzi
Dott.ssa Luisa Gruppi
Dott.ssa Stella Mirizzi

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
(ecografia*, mammografia, radiologia tradizionale, **Risonanza Magnetica Aperta*, Risonanza 1.5T, T.A.C.**)
Prof. Ermanno Bacchini*
Dott. Michele Brancati*
Dott. Kamal Faraj*
Dott. Eugenio Isgrò
Dott. Pierangelo Maccarini
Dott. Mario Uccelli*

EMATOLOGIA
Prof. Paolo Sansoni

ENDOCRINOLIGA
Dott. Giorgio Stecconi Bortolani

DIABETOLOGIA, DIETETICA ED OBESITÀ
Prof. Leone Arsenio
Prof. Giuseppe Magnati
Dott. Sergio Tardio

FISIATRIA
Dott. Alberto Dardani
Dott.ssa Mariangela Dardani
Dott. Pier Malachia Dardani
Prof. Raffaele Viggiano

GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Giancarlo Colla
Prof. Di Mario Francesco
Dott. Giancarlo Mazzocchi*
Dott. Pietro Setti*

GENETICA MEDICA
Dott. Lamberto Camurri

GERIATRIA
Dott. Claudio Silvestrini

INFETTIVOLOGIA ED EPATOLOGIA
Dott. Giacomo Magnati
Dott. Giovanni Pedretti

LOGOPEDIA
Dott.ssa Elena Iiritano

MEDICINA DEL LAVORO
Dott. Claudio Ferroni

MEDICINA DELLO SPORT
Dott. Alberto Anedda
Dott. Luigi Amedeo Bastoni
Dott. Marino Tonelli

MEDICINA INTERNA
Dott. Claudio Silvestrini
Prof. Pier Paolo Vescovi

MEDICINA INTERNA ED EMATOLOGIA
Prof. Sansoni Paolo
Dott.ssa Maria Cristina Baroni

MEDICINA INTERNA E GERIATRIA
Dott. Claudio Silvestrini

M.O.C.
Dott. Daniele Costi

NEUROCHIRURGIA
Dott. Paris Filippi
Prof. Ciro Miranda

NEUROLOGIA
Prof. Enrico Montanari
Dott.ssa Fernanda Olivieri
Dott.ssa Maria Cristina Spaggiari

NUTRIZIONE
Dott.ssa Chiara Calugi

OCULISTICA
Dott. Ugo Gennari
Dott.ssa Francesca Manzotti
Prof. Fabrizio Neri
Dott.ssa Chiara Rinaldi

ONCOLOGIA
Dott.ssa Beatrice Di Blasio

ORTOPEDIA
Dott. Alessandro Avalle
Dott. Maurizio Corradi
Dott. Domenico Devoti
Dott. Gennaro Fiorentino
Dott. Guido Grappiolo
Prof. Aldo Guardoli
Prof. Pietro Marenghi
Dott. Marco Rossolini
Dott. Massimo Tonani
Dott. Michele Verdano

OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Dott. Federico Amone
Dott. Lorenzo Barusi
Dott.ssa Laura Bedocchi
Dott.ssa Monica Bertelli
Dott.ssa Eleonora Caforio
Dott. Davide Cavallotti
Prof. Enrico Cavatorta
Dott.ssa Stefania Fieni
Dott.ssa Graziella Lopopolo
Prof. Mauro Melpignano
Dott.ssa Emanuela Piazza
Dott.ssa Maria Antonietta Salvati
Dott.ssa Maria Paola Sgarabotto
Dott.ssa Christine Tita Kaihura
Dott.ssa Simona Valitutto
Prof.ssa Carla Verrotti di Pianella

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Guido Bacchi
Dott. Guido Maria Barbieri
Prof. Teore Ferri
Prof. Fabio Piazza
Dott. Giuseppe Triani

PNEUMOLOGIA
Dott. Giancarlo Cacciani

PROCTOLOGIA
Dott. Pietro Setti

PSICHIATRIA
Dott. Paolo Ampollini
Dott.ssa Patrizia Ceroni
Dott.ssa Francesca Paglia

PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA
Dott.ssa Francesca Palombi
Dott. Andrea Troglia
Dott.ssa Valentina Moglia

REUMATOLOGIA
Dott. Pier Malachia Dardani

SESSUOLOGIA E PSICOTERAPIA DI COPPIA
Dott.ssa Francesca Palombi

UROLOGIA
Prof. Domenico Potenzoni
Dott. Michele Potenzoni

TERAPIA ANTALGICA
Dott.ssa Olivia Facetti

FISIOTERAPIA
Alessandro Zanré
Nicola Palano

UNITÀ POLISPECIALISTICA PEDIATRICA
MEDI SALUSER

ALLERGOLOGIA
Prof. Giovanni Cavagni

CARDIOLOGIA
Prof. Nicola Carano

CHIRURGIA
Dott. Umberto Beseghi

DERMATOLOGIA
Dott.ssa Valeria Boccaletti

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ECOGRAFIA
Prof. Ermanno Bacchini

ENDOCRINOLOGIA
Prof. Sergio Bernasconi
Dott.ssa Silvia Cesari

FISIATRIA
Dott.ssa Mariangela Dardani

GASTROENTEROLOGIA
Dott. Claudio Zanacca

LOGOPEDIA
Dott.ssa Elena Iiritano

NEFROLOGIA
Prof.ssa Anita Sonia Ammenti

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Dott. Carlo Capone

NUTRIZIONE
Dott.ssa Francesca Delucchi

OCULISTICA
Dott.ssa Francesca Manzotti

ORTODONZIA E PEDEDONZIA
Dott.ssa Mariagiulia Guastalla
Dott.ssa Marisa Magnifico

ORTOPEDIA
Dott. Giovanni Luigi Di Gennaro

OTORINOLARINGOIATRIA
Prof. Fabio Piazza

PEDIATRIA
Prof. Sergio Bernasconi

PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA
Dott.ssa Valentina Puppi

www.unitapolispecialisticapediatrica.com

*Attività in convenzione SSN
Direzione Sanitaria:
MEDI SALUSER DIV. MEDI - *Dott. Pier Malachia Dardani - Specialista in Fisiatria - Specialista in Reumatologa* - Aut. San. 8567 del 16.01.2013 - Accreditati SSN
MEDI SALUSER DIV. SALUSER - *Dott. Daniele Costi - Specialista nelle malattie dell'Apparto Cardiovascolare* - Aut. San. 137999 del 20.08.2012

Direttore responsabile ed editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

Giornalisti
Antonella Del Gesso

Medici consiglieri
Dott. Mario Scali
Dott. Mariangela Dardani
Dott. Angelo Di Mola
Dr.ssa Lavinia Talamona
Dr.ssa Chiara Negri

Medici Esterni
Prof. Raffaele Virdis
Dott. Gianfranco Cervellin
Dott. Fernanda Bastiani
Dott. Bruno Agnetti

Segreteria dell'Ordine
Orari:
Lunedì 9.00 - 13.00
Martedì 9.00-17.00 / Mercoledì 9.00-16.00
Giovedì 9.00-17.00 / Venerdì 9.00-13.00
Orari estivi: Lunedì - Venerdì 9.00-14.00

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma
www.omceopr.it
segreteria@omceopr.it
Tel. 0521/208818
Fax.0521/234276

Consiglio Direttivo 2018 – 2020

Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Vice Presidente
Dr. Paolo Ronchini

Segretario
Dr. Massimo Manchisi

Tesoriere
Dr. Michele Campari

Consiglieri
Dott.ssa Ornella Cappelli
Prof. Gian Paolo Ceda
Dott.ssa Mariangela Dardani
Dott. Angelo Di Mola (odontoiatra)
Dott. Maurizio Falzoi
Dott. Giorgio Gazzola
Dott. Luigi Ippolito
Dott. Maurizio Leccabue
Dott. Francesco Leonardi
Dott. Andrea Manotti
Dott. Gianni Rastelli
Dott. Mario Scali
Dott.ssa Patrizia Sottotetti

Revisori dei Conti

Presidente
Dott. Francesco Saverio Renzulli

Componenti
Dott. Nicola Cucurachi
Dott.ssa Chiari Negri

Supplente
Dott.ssa Lavinia Talamona

Commissione Albo Odontoiatri
odontoiatri@omceopr.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

Consiglieri
Dott. Federico Maffei
Dott. Massimo Manchisi
Dott. Paolo Pesci
Dott.ssa Claudia Rabajotti

Vita dell'ordine

"Il medico di fronte al fine vita? Lenisce il dolore, non uccide"

di Pierantonio Muzzetto

Cari Colleghi,
il primo numero del 2020 del nostro bollettino ordinistico Parmamedica è uno speciale contenente gli atti del convegno che si è tenuto a Parma il 18 ottobre 2019.
Il tema è stato il medico di fronte al fine vita. La posizione espressa - durante l'evento nazionale "Il suicidio assistito tra diritto e deontologia. La legge, il consenso e la palliazione", organizzato sotto l'egida Fnomceo, dall'Omceo Parma e dal Gruppo di lavoro su Suicidio Assistito e Eutanasia della Consulta Nazionale Deontologica, dopo la sentenza della Corte Costituzionale che si è pronunciata riguardo al caso Cappato Dj Fabo – è che egli lenisce il dolore, non uccide.
La pronuncia sul caso rappresenta infatti una storica sentenza, di non punibilità dell'aiuto all'interruzione della vita in situazione di grave sofferenza personale, fisica da malattia ad esito infausto, che complica gli scenari che riguardano la professione medica.
Stella polare che guida la nostra categoria è la deontologia che vede al centro il rispetto dei valori della vita del paziente e della sua dignità, nel vivere come nel morire, non accettando d'essere pedine di una legislazione che non tenga conto della coscienza del medico, che segue la logica del fare il bene del paziente sia nella malattia sia nella fase della terminalità.
Per il medico restano validi, e altrettanto ineludibili, i principi del Codice Deontologico, che impediscono al medico di effettuare o favorire atti finalizzati a provocare la morte del paziente. Nel contempo, impongono al medico di rispettare la dignità del paziente, evitando ogni forma di accanimento terapeutico e di trattamento futile e, in ottemperanza dell'autodeterminazione del malato che esprima la volontà di rifiutare le cure, consentono il ricorso alla sedazione profonda medicalmente indotta, che è ben altra cosa dall'eutanasia attiva o passiva, poiché i farmaci e la modalità di somministrazione portano a una situazione di assenza di sofferenza aspettando l'evento naturale e non intervengono certo per ridurre i tempi di vita.
Il vero problema è la carenza organizzativa dello Stato. Il capitolo della palliazione è infatti colmo di omissioni e inadempienze. Un semplice dato viene fornito dalla SICP (Società italiana Cure Palliative): solo 20% dei pazienti utilizza questa metodologia di cura rispetto alle reali necessità, a conferma che le due leggi sulla terapia del dolore (la L 38/2010) e la successiva legge sul consenso e sulle Disposizioni anticipate di trattamento sono applicate in modo insufficiente e a macchia di leopardo.
Da qui la necessità che il legislatore si impegni a implementarne l'uso, consentendo un'applicazione omogenea del trattamento, con adeguate risorse.

Mattioli 1885
Direttore Generale
Paolo Cioni

Editing manager
Anna Scotti
Direttore marketing
Luca Ranzato
Project manager
Natalie Cerioli
Responsabile Area ECM
Simone Agnello

Sommario

EDITORIALE
"Il medico di fronte al fine vita? Lenisce il dolore, non uccide"
Pierantonio Muzzetto
p. IV

VITA DELL'ORDINE
Comunicazione agli iscritti: Curare il collega non prevede onorario
Pierantonio Muzzetto
p. VI

Dalle spondiloatriti sieronegative alla bocca nella patologia di confine
di Antonella Del Gesso
p. X

I NOSTRI LUTTI
p. XIII

Segue da pagina III

Altro punto complesso riguarda la tendenza del legislatore e delle sentenze giurisprudenziali a vedere nel medico un mero "esecutore di volontà altrui", nel rispetto del diritto del cittadino all'autodeterminazione. Quindi con una funzione non autonoma, perché eterodiretta.
Cosa farà allora il medico in caso di ipotesi suicidaria? Darà prova di rispettare la vita e la morte, salvaguardando il valore e la dignità di entrambe, ma non certo metterà in atto azioni che possano deliberatamente portare alla morte del suo assistito, rispettando il Codice deontologico.
La conseguenza è che la Fnomceo ha escluso il coinvolgimento attivo e diretto del medico nel processo suicidario.
Il medico infatti risponde alla Costituzione e 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.

Hanno partecipato al dibattito i componenti della Consulta Deontologica Nazionale della Fnomceo, il Segretario Fnomceo Roberto Monaco, il Vicepresidente Sicp Luciano Orsi, il parlamentare e Componente del Comitato nazionale di Bioetica Lucio Romano, il Direttore Unità di Bioetica e Presidente Comitato Etico Istituto Superiore di Sanità Carlo Petrini e altri illustri relatori del mondo medico, politico e giuridico.

Innovazione e tecnologia, design e sicurezza, connettività e piacere di guida.
Tutto il bello di guidare Volvo oggi è ancora più vicino a lei: grazie alla speciale convenzione riservata agli iscritti all'Ordine dei Medici di Parma, presso la Concessionaria Motoservice la nuova gamma Volvo è sua a condizioni davvero esclusive. Sport e lavoro, avventura e famiglia: qualsiasi sia la Volvo perfetta per la sua vita, prenoti un appuntamento per scoprire l'offerta nel dettaglio e per un esclusivo test drive.

Modelli	Allestimenti	Sconto su listino al pubblico anno 2019
XC60	Tutti	14%
XC40	Tutti	12%
V60	Tutti	14%
V60 Cross Country	Tutti	14%
Nuova S60	Tutti, escluso Kinetic	14%
S90	Tutti, escluso Kinetic	18%
V90	Tutti, escluso Kinetic	18%
V90 Cross Country	Tutti, escluso Kinetic	18%
XC90	Tutti	15%

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Le auto raffigurate presentano optional non compresi nell'offerta. L'offerta è applicabile ai medici iscritti e appartenenti all'ordine dei Medici di Parma. Condizioni valide fino al 31/12/2019, non cumulabili con altre promozioni in corso. **Volvo XC60.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,8 l/100 km, emissioni CO_2 181 g/km. **Volvo XC40.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,2 l/100 km, emissioni CO_2 168 g/km. **Volvo V60.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,6 l/100 km, emissioni CO_2 176 g/km. **Volvo V60 Cross Country.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,5 l/100 km, 170 CO_2 g/km. **Nuova Volvo S60.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,4 l/100 km, 168 CO_2 g/km. **Volvo S90.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,7 l/100 km, emissioni CO_2 179 g/km. **Volvo V90.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,8 l/100 km, emissioni CO_2 181 g/km. **Volvo V90 Cross Country.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 7,9 l/100 km, emissioni CO_2 183 g/km. **Volvo XC90.** Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 8,3 l/100 km, emissioni CO_2 192 g/km. Valori omologati in base al sistema di misurazione riferito al ciclo di prova NEDC, correlato WLTP, di cui al REG UE 2017/1153. I valori ufficiali potrebbero non riflettere quelli effettivi, in quanto lo stile di guida ed altri fattori non tecnici possono contribuire a modificare il livello delle emissioni. Presso ogni concessionario è disponibile gratuitamente la Guida che riporta i dati di emissioni CO_2 dei singoli modelli redatta annualmente dal Ministero dello Sviluppo Economico.

Motoservice | PARMA - Via Emilia Ovest 100/A | Tel. 0521.672344
motoservice@volvomotoservice.com

Comunicazione agli iscritti: "Curare il collega non prevede onorario"

Il Presidente Pierantonio Muzzetto invita i medici ad attenersi alle norme del Codice Deontologico, inoltre richiama nuovamente l'attenzione sull'obbligo di dotarsi della Pec

Medico-curante vs medico-paziente: si richiede un rapporto rispettoso e deontologicamente coerente

Gent.li Colleghi,
sulla base di diverse segnalazioni sul tema, siamo spiacenti di apprendere che, nel rapporto medico-paziente e medico-curante/specialista, non sempre vengono adottati comportamenti coerenti con quella collegialità, colleganza e rispetto reciproco, cui il nostro Codice deontologico ci richiama.

A quanto sembra si assumono, in taluni casi, atteggiamenti non idonei alla professione medica. E nella fattispecie sono sorti conflitti e incomprensioni laddove si è visto inapplicato l'articolo 58 del Codice deontologico che prevede quanto segue:
Art. 58 Rapporti tra colleghi
"Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità.
Il medico affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita, ove coinvolta.
Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese.
Il medico, in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti".

In particolare al penultimo capoverso è stabilito che nel caso un medico usufruisca delle prestazioni professionali di un collega, a questo **non è mai richiesto l'onorario** bensì il solo ristoro delle spese effettivamente sostenute.

Questo è quindi un monito e un invito a rispettare i principi deontologici ma anche a riconoscersi nell'effettivo valore che sottende questi principi, improntato al sostegno interno alla categoria, per un benessere diffuso, collegiale e soprattutto solidale.

Ulteriore avvertimento ad adeguarsi alla PEC

Si richiama nuovamente l'attenzione degli iscritti sull'obbligo di dotarsi di una casella di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) e di c**omunicarla all'Ordine dei medici: una necessità, non solo operativa, ma anche un dettame normativo.**
Si ricorda infatti che l'indirizzo PEC è obbligatorio per l'art. 16, co 7 e 7-bis, del D.L.29/11/2008 n.185 convertito con modificazioni nella L. 28/1/2009 n.2.;
inoltre la L. 17/12/2012 n.221 ha istituito l'INI-PEC, un elenco pubblico denominato Indice Nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata delle imprese e dei professionisti presso il Ministero per lo sviluppo economico.
In seguito a verifiche risulta che DIVERSI NOSTRI ISCRITTI NON HANNO ANCORA ASSOLTO ALL'OBBLIGO. Quindi invitiamo vivamente i colleghi non ancora in regola a provvedere.
Ricordiamo che l'elenco INI-PEC, presso cui convergono tutti gli indirizzi Pec comunicatici dai nostri iscritti, è a disposizione delle Pubbliche Amministrazioni e, quindi, anche del Ministero della Giustizia che dal suddetto elenco ha il compito di recuperare gli indirizzi Pec dei consulenti tecnici d'Ufficio dei Tribunali.
Ogni comunicazione ufficiale nell'ambito peritale e non, infatti, sarà fatta dagli Uffici competenti solo ed esclusivamente tramite PEC. Quindi coloro che non avranno trasmesso l'indirizzo all'Ordine rischiano di non essere raggiunte dalle suddette comunicazioni e quindi esclusi dal ReGIndE.

ACQUA LAURETANA

DALLE ALPI BIELLESI PER IDRATARSI CON LEGGEREZZA E PUREZZA

Prendersi cura di sé, della propria salute psico-fisica, è un atto doveroso. Farlo al meglio non è complesso, ma richiede buon impegno e metodicità nel coltivare le piccole abitudini quotidiane.

Per iniziare nel modo migliore, occorre partire dalle basi, dalle abitudini fondamentali come **bere un bicchiere d'acqua all'ora (fino ad arrivare a circa 2 litri al giorno), mantenendo così il nostro corpo ben idratato**.
L'organismo è infatti composto principalmente d'acqua, elemento indispensabile affinché possa sopravvivere e funzionare adeguatamente. L'acqua protegge e lubrifica il cervello e le articolazioni, trasporta le sostanze nutritive, contribuisce a regolare la temperatura corporea ed elimina le scorie. Le acque che beviamo, però, non sono tutte uguali, si differenziano per le loro proprietà intrinseche.

Acqua Lauretana è un emblema di leggerezza e purezza. Grazie ai suoi 14 mg/l di residuo fisso, detiene il primato di acqua più leggera d'Europa. Lauretana favorisce un'elevata diuresi, facilita l'eliminazione dei residui del metabolismo, come urea e creatinina, e aiuta a prevenire la formazione di calcoli renali.
Bere acqua Lauretana è un'esperienza di idratazione soddisfacente per gli organi e i tessuti del corpo, aiuta a prevenire l'invecchiamento cutaneo e a purificare la pelle, donandole elasticità, freschezza e tonicità.

Autentico dono di madre natura, acqua Lauretana sorge nell'area idrogeologica del ghiacciaio del Monte Rosa, a oltre 1000 metri di altezza s.l.m., in una zona priva di insediamenti industriali e agricoli. L'acqua scorre in profondità in un antico letto di granito che la tutela da ogni contaminazione e le permette di conservare tutte le sue qualità organolettiche, mantenendola microbiologicamente pura. Per preservare ulteriormente la sua purezza, acqua Lauretana viene imbottigliata a poca distanza dalla sorgente artesiana.
Altri fattori concorrono a definirla come una delle migliori acque in commercio. Lauretana è "dolce", con appena 0,55 °f (gradi francesi) e aiuta a prevenire la formazione di calcoli renali. Con il suo pH di 6,3 contribuisce alla digestione e a prevenire i processi di ossidazione. Oltre ad avere il residuo fisso più basso d'Europa, infine, Lauretana è povera di sodio (solo 1 milligrammo per litro) e dunque stimola la diuresi, aiutando al contempo l'idratazione.

Acqua Lauretana, prodotto 100% naturale, è disponibile in numerosi formati, dall'inconfondibile PET blu (1.5L, 1L, 500ml) alla bottiglia in vetro blu (1L, 500ml) fino all'elegantissima Pininfarina (750ml e330ml), dal design raffinato e accattivante, dedicata al settore Ho.Re.Ca. e presente sulle tavole dei migliori ristoranti del mondo.
L'eccellenza dell'acqua Lauretana ha ottenuto riconoscimenti anche a livello internazionale, primo tra tutti quello della Giuria del Gusto Superiore dell'International Taste & Quality Institute (iTQi), che ha assegnato 3 Stelle d'Oro all'Acqua Minerale Naturale e altrettante all'Acqua Frizzante.

Per tutte queste ragioni, Lauretana è l'acqua ideale per il fabbisogno giornaliero di grandi e piccini, fedele alleata per gli sportivi (per cui rappresenta un'ottima base con cui diluire gli integratori), indicata per la preparazione di alimenti destinati all'infanzia e ai neonati, consigliata alle donne in gravidanza e durante l'allattamento. In sintesi, è **un'opportunità quotidiana per prendersi cura del proprio corpo.**

Segui la leggerezza
www.lauretana.com

NON SOLI MA SOLIDALI

FEDER. S. P. E V. www.federspev.it

Sezione di Parma

c/o Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri , Via Po 134, 43125 Parma

Sei un Medico pensionato?

Iscriviti alla nostra Federazione

anche se continui a svolgere un'attività professionale.

La tua adesione ci darà forza per difendere i nostri diritti acquisiti.
Inoltre potrai ottenere consulenza pensionistica/legale/fiscale
Vuoi informazioni? Inoltra la tua richiesta alla segreteria
del nostro Ordine e verrai contattato. Oppure collegati al sito www.federspev.it

La "FEDER.S.P.eV." si prefigge di:

1. Tutelare gli interessi morali, economici, giuridici, professionali ed assistenziali dei Soci e propugnare la difesa dei diritti acquisiti e da acquisire;
2. propugnare l'autodeterminazione e la piena rappresentatività nei vari organismi sanitari e nei confronti del servizio sanitario nazionale e delle istituzioni dello stesso, proponendo iniziative di natura legislativa;
3. praticare tutta la possibile assistenza materiale e morale ai Soci e alle loro famiglie.

Se vuoi iscriverti è sufficiente stampare, ritagliare e compilare la scheda di adesione sotto riportata ed inviarla a FEDER.S.P.EV. –VIA EZIO, 24- 00192 ROMA, in busta chiusa affrancata, oppure lasciarla presso la segreteria dell'Ordine.

(scrivere a macchina o a stampatello)

Spett.le ENPAM
P.zza V. Emanuele II - 00185 Roma

..... l..... sottoscritt..... .....
cognome e nome (per le vedove, far seguire il cognome del marito)

codice ENPAM [ ] (1) nat..... il.....

a ..... abitante a .....

Via ..... C.A.P. .....

Provincia ..... Tel./Cell. .....

E-mail .....

chiede l'iscrizione alla FEDER.S.P.EV. ed autorizza codesto ente fino a revoca da comunicare a mezzo lettera raccomandata, la trattenuta mensile sulla sua pensione della quota associativa stabilita dagli organi statutari della FEDER.S.P.EV.; acconsente, inoltre, a mente dell'art. 10 della Legge 675/1966, che i Suoi dati personali possano venir utilizzati per il perseguimento degli scopi istituzionali della FEDER.S.P.EV.

(1) Il codice ENPAM del pensionato (formato da nove numeri, una lettera ed altri tre numeri) si rileva dalla comunicazione di invio della pensione da parte dell'ENPAM.

Data ....
Firma

La quota associativa è di € 5,00 mensili per i titolari e di € 3,00 mensili per le vedove ed i superstiti.

Inviare a: FEDER.S.P.EV. - VIA EZIO, 24 - 00192 ROMA

SOCIO AGGIUNTO
(coniuge)

Nome .....

Cognome .....

Cognome Nome Coniuge .....

.....

Data e luogo di nascita .....

.....

Via .....

Città .....

..... Cap .....

Il Socio Aggiunto è facoltativo e non versa nessuna quota d'iscrizione.
Potrà partecipare a tutte le attività associative, ma non potrà rivestire cariche statutarie nè avere diritto al voto.

Mattioli 1885

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma - Spedizione in a.p. - 45% - ART 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 - Filiale di Parma

Parma Medica

ATTI DEL CONVEGNO

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

APERTURA CONVEGNO
Pierantonio Muzzetto - CND

Introduzione
Presidente Filippo Anelli

PARTE PRIMA

1° SESSIONE - LUCI DI TAGLIO
Presidenti: Filippo Anelli - Pierantonio Muzzetto
Moderatori: Roberto Monaco

La medicina di fronte alla morte
Maurizio Benato

L'esperienza della morte nell'era della medicina tecnologica
Gian Franco Gensini

Il diritto di vivere e il diritto di morire. Aspetti giuridici
Andrea Nicolussi

La falsa analogia tra rifiuto/rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito
Antonio Da Re

2° SESSIONE - CONFRONTO DI IDEE SU "IL FINE VITA"
Presidenti: Filippo Anelli - Pierantonio Muzzetto
Moderatore: Claudio Buccelli

I tormenti del corpo e le ferite dell'anima
Stefano Canestrari

Deontologia e fine vita: sfide e dilemmi della medicina
Antonio Panti

I principi del SSN a confronto con le concezioni personalistiche di fine vita
Carlo Petrini

I diritti della persona nella sfera della medicina
Pasquale Macrì

Discussione

PARTE SECONDA

3° SESSIONE - L. 219/2017 TRA DIRITTO DEL PAZIENTE E DOVERE DEL MEDICO: IL LENIRE LA SOFFERENZA E L'ACCOMPAGNAMENTO NEL FINE VITA EVITANO L'IDEAZIONE SUICIDARIA?
Presidenti: Filippo Anelli - Pierantonio Muzzetto
Moderatore: Marco Ioppi

Le nuove interrelazioni tra etica diritto e deontologia nel fine vita
Gianfranco Iadecola

Disposizioni e Dichiarazioni nella relazione di cura. Aspetti bioetici e biopolitici
Lucio Romano
Il principio personalistico e solidaristico nella costituzione di fronte alle scelte del fine vita
Antonio D'Aloja

La palliazione nella pianificazione delle cure
Luciano Orsi

La cura e l'assistenza nel fine vita: gli aspetti medici quotidiani
Fulvio Borromei

DISCUSSIONE

Conclusioni
Pierantonio Muzzetto
Conclusioni finali:
Presidente Anelli

"PARMA 2" - IL SUICIDIO ASSISTITO TRA DIRITTO E DEONTOLOGIA LA LEGGE IL CONSENSO E LA PALLIAZIONE
I chiaroscuri dell'ordinanza 207/18 della Corte Costituzionale

Convegno Nazionale sotto l'egida della FNOMCeO, Omceo Parma, Consulta Nazionale Deontologica Primo GDL su Suicidio Assistito e Eutanasia
In collaborazione con il Centro Universitario di Studi Bioetici Unipr (UCB)

APERTURA CONVEGNO

Pierantonio Muzzetto - Presidente Omceo Parma e della CND Fnomceo - Docente di Etica e Deontologia Medica C.S. di Medicina e Chirurgia Unipr

Buongiorno, un saluto a voi che siete intervenuti, un saluto, se mi concedete, anche ai giovani futuri medici che ci stanno seguendo in streaming dall'Università visto che questo convegno è dedicato anche a loro su un argomento di etica e deontologia medica, un insegnamento del 5° anno che loro seguono.
Un ringraziamento a tutti coloro che oggi sono presenti, alle Autorità e anche a tutti i relatori autorevoli che si trovano qui a Parma in una giornata di studio con la FNOMCeO, col Presidente Filippo Anelli che saluto e ringrazio, insieme al segretario Roberto Monaco e al carissimo amico D'Agostino tesoriere nazionale, che ha ritenuto che i lavori della Consulta deontologica nazionale fossero fatti a Parma in una forma nuova più che in una forma convegnistica. Quello che facciamo è riunirci e discutere su un argomento delicato, importante, che tocca le coscienze di noi medici, ovvero il suicidio assistito e l'eutanasia, soprattutto in seguito alla ordinanza della Corte Costituzionale e alla sentenza di pochi giorni che si è espressa sul caso Dj Fabo – Cappato, e che siamo in attesa di conoscere nella sua interezza.
Una discussione che ci tocca per il nostro agire come medici, nell'ambito di tutto il sistema di cura e che quindi coinvolge anche il percorso professionale che segna l'attività del medico.
Sentiremo pareri del mondo medico ma soprattutto del mondo filosofico, morale, giuridico perché dobbiamo confrontarci con tutti coloro che hanno un ruolo importante nella definizione di quelli che sono i passaggi della proposta legge che sarà probabilmente portata avanti, una volta che ci sia l'intesa dei due rami del Parlamento.
Quindi il mio compito come padrone di casa è quello di ringraziare ancora tutti coloro che sono arrivati, tutti i componenti della Consulta del gruppo di lavoro che hanno voluto essere presenti e che saranno parte attiva anche in questo convegno, ma un ringraziamento ancora al Direttivo nazionale che non ha mai mancato di essere presente alla nostre iniziative e questo per Parma e per tutti noi è un onore, quindi non mi dilungo più oltre, passo la parola al Presidente Anelli, il quale farà un'introduzione sul Convegno. Grazie.

INTRODUZIONE

Filippo Anelli - Presidente Fnomceo

Buongiorno a tutti, un saluto a tutte le Autorità, a tutti voi che siete qui presenti, un grazie al Presidente Piero Muzzetto per il suo dinamismo, la sua capacità di coinvolgere e di avviare anche convegni per discutere su tematiche così importanti. Anch'io saluto i cari amici dell'esecutivo nazionale, il dr. Monaco, il dr. D'Agostino e tutti i componenti della Consulta deontologica e li ringrazio pubblicamente per il grande lavoro che hanno svolto in questo periodo e che continueranno a fare perché siamo impegnati nella discussione proprio su questo tema del suicidio assistito su cui la Consulta ha già prodotto un primo documento e considero questo incontro di oggi una tappa di avvicinamento al Consiglio Nazionale che dovrà poi licenziare una linea di indirizzo sul comportamento che la professione dovrà tenere su questo delicato argomento. Devo dire che le linee stra-

tegiche su cui ci dobbiamo sempre muovere sono quelle che promuovono e tutelano la dignità della persona, credo che il medico sia chiamato a svolgere questo compito ed è un compito molto delicato perché il sentire che cosa uno ritiene essere dignitoso per se stesso non sempre coincide con l'idea dell'altro, che l'altro ha. In una società pluralista dobbiamo accettare che questa dimensione della dignità dell'uomo possa essere vissuta in maniera diversa e senza ideologismi, senza alcun tipo di limite che ci può essere se non quello che ci suggerisce la Corte Costituzionale, cioè all'interno di quei diritti, di quei valori che caratterizzano la nostra comunità civile. E in questo il medico non può che non tener conto di alcune caratteristiche che deve, come dire, osservare, che sono soprattutto il fatto che la dignità della persona si correla con il senso della sofferenza. Qui nell'Ordinanza della Corte è richiamato molto bene il rapporto tra il sentire, non accettare la sofferenza pure in presenza di presidi che i medici possono utilizzare per poter intervenire e alleviare la sofferenza, e le proprie convinzioni personali per cui diciamo che noi come medici che siamo sempre attenti a quelle che sono le tematiche del rispetto della vita, abbiamo giurato di non osservare alcun tipo di differenze del trattamento nei confronti dei cittadini, di non distinguerli per alcun tipo di diversità. L'art. 3 della Costituzione richiama poi sostanzialmente anche i principi presenti nel Codice che da sempre hanno caratterizzato l'agire medico. Per cui non possiamo rimanere insensibili di fronte al grido di coloro, anche di coloro che oggi decidono di avviarsi al suicidio e mai abbandoneremo un malato che vuole in qualche maniera arrivare anche a conseguenze così estreme. Il medico dovrà essere sempre presente, però questo significa per noi essere medici, cioè fare il nostro lavoro che è quello di combattere le malattie, allontanare la morte e alleviare le sofferenze. Non siamo pronti a cambiare un paradigma che da sempre ha caratterizzato la nostra professione e che vede la morte come il nemico ultimo; ci misurano, lo ricordo sempre, ci misurano sulla sopravvivenza, cioè l'indicatore principale dell'efficacia di un servizio sanitario nazionale di una azione medica è quanto è longeva la popolazione che assistiamo, quanta è la sopravvivenza per esempio dei malati di tumore. Questo diventa uno dei parametri di efficacia. E allora noi dobbiamo provare oggi a riflettere proprio su questo, se è importante introdurre il concetto dell'eccezione all'interno della nostra professione, perché ricordo che la Consulta, la Corte Costituzionale ha praticamente reso non punibile chi aiuta il suicidio restando in vigore l'articolo del Codice penale. E quindi si pone il tema dell'obiezione di coscienza ovviamente. Però può esserci anche un'altra strada che avevo richiamato più volte negli interventi che sono, che si sono resi necessari dopo che la Corte ha reso pubblica la sentenza, anche se aspettiamo le motivazioni, proprio sul suicidio assistito. E qui il tema è di provare a trovare se ci sono quindi altre strade come per esempiochi dovrà acquisire la volontà suicidaria, che è un tema che nel momento in cui il suicidio assistito non è un atto medico, non viene considerato un atto medico, perché è un atto provocato dal cittadino, si dovrà decidere anche chi garantisce oggi la società nel prendere atto della volontà del malato di volersi suicidare. E quale significato dare poi alla volontà del malato che potrà scegliere o potrà decidere chi dovrà aiutarlo, o dovremmo essere noi a imporgli chi dovrà farlo. Nel meccanismo di attuazione credo che ci possa essere anche strade che da una parte provino a tutelare ancora la nostra professione così com'è e dall'altro dare un significato a quello che la Corte ha definito e cioè la libertà per quei cittadini di decidere di suicidarsi rispettando naturalmente quei parametri definiti dalla Corte e lasciando che il medico continui ad assistere il suo assistito perché le cure palliative non dovranno essere interrotte, la certificazione sui requisiti di ammissione dovranno essere fatti dal medico, l'assistenza nel momento del trapasso dovrà essere garantita da un sanitario, così come anche dopo la morte il medico dovrà certificarne l'exitus, quindi il fine vita. Credo che su questi parametri si debba svolgere oggi la discussione e le conclusioni per me saranno molto interessanti per tutti noi perché saranno anche il presupposto della discussione che continuerà a svolgersi in Consulta e poi in Consiglio Nazionale. Grazie e buon lavoro a tutti.

PRIMA SESSIONE
Luci di taglio

Presidenti: Filippo Anelli, Pierantonio Muzzetto

Moderatore: Roberto Monaco - Segretario Fnomceo

Roberto Monaco - Segretario Fnomceo

Buongiorno a tutti permettetemi di ringraziare il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma nella persona del Presidente Piero Muzzetto per la squisita ospitalità che offre tutti gli anni, a me personalmente e a tutto l'esecutivo della FNOMCeO. Questo dimostra davvero l'amicizia e la stima che da anni caratterizza i rapporti tra la FNOMCeO e l'OMCeO di Parma. Vengo sempre volentieri anche perché solitamente da Parma escono sempre delle belle idee che poi vengono riportate nei nostri tavoli di lavoro e quindi penso che anche oggi sarà così. Non mi dilungo perché la sessione che Piero mi ha dato l'onore di coordinare, di moderare, ha un bel titolo che è quello "Luci di taglio". Vediamo un pochettino quale è questo taglio che vogliamo dare all'argomento in questione che è un argomento ostico, particolare che come si dice sempre prende le nostre coscienze e prende la parte della professione medica in un momento difficile per i nostri cittadini e per i nostri pazienti. L'anno scorso abbiamo parlato delle Dat sempre qui a Parma e quest'anno quest'altro argomento che è molto, non dico scot-

tante, ma sicuramente attuale e sul quale stiamo portando avanti un percorso che vede Parma molto protagonista in questo senso. Ringrazio la Consulta deontologica per il lavoro che ha fatto. Oggi sono presenti in tanti e questo è importante. Nella parte prima di queste Luci di Taglio, si parlerà sotto l'aspetto medico con due voci importanti della professione che sono il dr. Benato, poi il prof. Gensini, dopodiché faremo un po' di luce sull'aspetto giuridico con il prof. Nicolussi e poi vedremo un po' l'aspetto filosofico che tanto ci fa piacere perché consente di entrare nei meandri della filosofia che è una delle scienze più belle che almeno per quanto mi riguarda, con il prof. Da Re. Il primo intervento è quello della medicina di fronte alla morte, ce ne parlerà il dr. Benato, io con Maurizio gioco in casa perché è un amico, è stato Vice presidente della Federazione nazionale degli Ordini di medici chirurghi odontoiatri, è stato Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova, è delegato FNOMCeO nel Comitato Nazionale per la Bioetica, ha lavorato nel Centro Studi e fa parte della Consulta deontologica della FNOMCeO, quindi cedo volentieri la parola a Maurizio Benato per illustrarci la sua relazione. Grazie

LA MEDICINA DI FRONTE ALLA MORTE

Maurizio Benato Componente CNB e CND Fnomceo

Ringrazio il dr. Muzzetto e la FNOMCeO nella figura del Presidente Anelli per l'invito e mi accingo subito a sviluppare il tema che mi è stato dato – la medicina di fronte alla morte -. Farò alcune premesse che tra l'altro sono state già anticipate dal dr. Anelli. La morte è sempre appartenuta al mondo concettuale e comportamentale del medico, quanto la speranza di superare la malattia; vita e morte hanno sempre costituito una categoria mentale, unitaria, dei clinici che non hanno fatto mai poi distinzione tra malati suscettibili di guarigione e destinati alla morte o addirittura già deceduti. Accompagnare il morente al suo destino e consolare i familiari del defunto sono sempre stati atti professionali identici e simmetrici a quelli usati per curare i malati sanabili. Sappiamo che oggi la medicina è di fronte ad un dilemma tra morte e sofferenza e che la medicina è nata per combattere la morte cancellando il più possibile la sofferenza. Ma se noi rovesciamo lo scopo di questa pratica su cui essa è fondata, ovvero si combatte la sofferenza, procurare la morte può diventare allora un atto medico e il più grande dei disvalori si può trasformare in un rimedio della sofferenza e pertanto procurare la morte potrebbe avere anche una connotazione positiva. Oggi siamo di fronte a delle spinte culturali nella nostra società ben delineate da Callahan ancora alla fine del secolo scorso, che affermava – *se qualcuno vuole qualcosa che la medicina può offrire egli ne ha dritto a meno che non si possa dar prova di un immediato e dimostrabile danno ad altri* – Recentemente Francesco D'Agostino, professore emerito di filosofia ha affermato qualcosa di molto importante per noi medici –c'è il consolidarsi di un nuovo paradigma medico destinato a prendere definitivamente il posto del paradigma ippocratico tradizionale che ripudia le medicina paternalistica, naturalistica, quella fondata sull'idea di malattia che derivi da una alterazione degli equilibri naturali e che il medico rispondendo alla domanda di guarigione del paziente sarebbe chiamato oggettivamente a ripristinare. Questo nuovo paradigma apre la strada a qualcosa di nuovo, a una medicina post-classica, post-ippocratica, anti-paternalistica che vede nel medico non necessariamente un terapeuta ma colui che ha le conoscenze e le competenze per manipolare la natura a partire dalle indicazioni sovrane che riceve dalla società. Queste sono le spinte culturali, che si devono affrontare, per cui oggi c'è un diffuso favore presente nella società alla scelta di darsi la morte per mano medica, proposta con un intreccio di motivazioni: l'enfasi sulla autonomia dell'individuo, l'insindacabilità delle sue libere scelte, il controllo tecnologico della vita che ormai è tale che non ha più senso, ma questo poi ce lo dirà il prof. Da Re, distinguere lasciar morire o uccidere perché gli effetti dei due tipi di azioni sono i medesimi per cui se è ammesso lasciar morire, in certe circostanze dovrebbe anche essere permesso, a certe condizioni, uccidere. Benché la morte sia in generale il male, in alcune situazioni, come ho gia' detto, può anche essere un beneficio. C'è dell'altro. Ad una delle domande radicali dell'esistenza, quando la vita passa la soglia della morte, la medicina risponde allungando il processo del morire regolato e programmato dalla tecnoscienza; non da ultima, la crescente attenzione alle questioni economiche, in particolare agli elevatissimi costi sociali dell'alta tecnologia in campo medico. Ecco allora che l'intuizione di Nietzsche espressa nel *Vom freien Tode* alla fine dell'ottocento: Viele sterben zu spät, molti muoiono troppo tardi, alcuni troppo presto, muori al tempo giusto cosi' parlo Zaratustra , questa scelta , la scelta del paziente è vista come la naturale via d'uscita da una situazione in cui la malattia e sofferenza non hanno più alcun significato e il paziente riscatterebbe con un atto di libertà l'insensatezza del morire e costituirebbe al tempo stesso un gesto di responsabilità nei confronti della società. Sono molto legato ad un aforisma del prof. Mario Austoni, mio relatore di laurea oltre che mio maestro per tantissimi anni, è stato maestro di persone sicuramente molto prestigiose quali il prof. Scandellari, il prof. Giovanni Fedensbil; affermava Austoni che la medicina è un'area della sfera applicativa umana in cui scienza, pensiero esistenziale ed etica felicemente si incontrano. L'impostazione del maestro era sicuramente una impostazione ippocratica, malato, malattia, medico; oggi questo triangolo è diventato un rettangolo, il medico, la società, la malattia e il medico. Perché questo? perché è intervenuta, e in maniera sempre più pressante nella prassi medica, l'azione di cura quale strumento sociale. Teniamo presente che il piano di azione di cura si è inserito nella medicina molto tardivamente rispetto alla ragione medica e rispetto alla relazione medico-paziente. Non è certo nata oggi, è stata introdotta nel tardo medioevo e supportata dai concetti cristiani di *caritas* e *infirmitas* che sottintendevano anche il concetto sociale di povertà. Più modernamente è stata traslata nella nostra Costituzione del 48 quando all'art. 32 si dice – garantire cure gratuite agli indigenti. Quello che emerge da sempre è che

la medicina da 24 secoli ha sempre unito tradizionalmente il criterio di verità al criterio di valore, sotteso non solo all'utilità e all'efficacia per il malato che è implicita in ogni attività pratica, ma anche rispetto a dei valori espressi dal paziente nella relazione di cura. L'assioma centrale sappiamo tutti è il *primum non nocere*. Oggi la definizione della medicina quale pratica di restauro finalizzata alla restituzione della salute è messa in discussione. È messa in discussione da parecchio tempo e questi sono aspetti che obbligano il medico ad aprirsi agli aspetti soggettivi della cura senza certezze sicuramente ontologiche, né guide declinate dai valori biomedici perché come abbiamo visto la nozione di bene è ormai connotata in termini molto più ampi di quelli biologici ovvero in termini biopsicosociali. La medicina è prassi orientata a promuovere la salute quale bene relazionale e non solo stato naturale. Il medico non deve imporre la sua nozione di bene né ridurre la richiesta del paziente alla sola riparazione dell'organismo. Dopo queste lunghe premesse, permettetemi alcune riflessioni. Sono quattro gli aspetti che vorrei affrontare nel tempo che mi è concesso, per rispondere al titolo della relazione. Le riflessioni sono: comprendere meglio l'autonomia del paziente e del medico nella prassi professionale, ripensare i fini della medicina in funzione del bene della comunità e non solo del soddisfacimento dei diritti individuali, comprendere il ruolo della medicina nella vita sociale e rispondere alla domanda se è necessaria ancora una deontologia medica.

Prima riflessione: comprendere meglio l'autonomia del paziente e del medico. Oggi l'autonomia del paziente è presidiata da una serie di istituti giuridicamente garantiti come la legge sul consenso informato, le Dat, la documentazione clinica, la riservatezza e così via. Allora una domanda che vi faccio e mi faccio, si può confondere l'autonomia del paziente con la somma di questi istituti? Può essere una autonomia senza limiti, cioè dal *bonum aegroti alla voluntas aegrotis*? La risposta è chiara, l'autonomia è praticata in un contesto dove vigono delle regole che sono le *legis artis* della nostra prassi professionale dettate dalla natura propria dell'attività sanitaria dove è cruciale anche l'autonomia del medico. Noi sappiamo dove si colloca la nostra autonomia, si colloca su tre piani: tecnico professionale, piano civile, piano etico. Non mi soffermo su questi aspetti. Il fondamento sta nel *primum non nocere* che nella relazione medica si traduce nel dovere di beneficienza e che consiste nel divieto di mettere in atto trattamenti diretti a ledere l'integrità del malato, ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte e, salvo poche eccezioni, che adesso vi dirò, è stata una costante nella storia dell'etica medica. È utile ricordare queste eccezioni, le elenco: alla fine del diciannovesimo secolo il movimento dell'eugenetica propone come termine di beneficialità, come costrutto di beneficialità il controllo sociale sulla riproduzione umana, agli inizi del ventesimo secolo, nel 1920 Alfred Hoche introduce il concetto di eliminazioni programmate di vite umane, le cosiddette lebensunwertes Leben, o gusci vuoti, le vite indegne di essere vissute ed è precursore, con le sue idee all'interno della medicina, del risanamento nazionale e razziale che poi assumerà anche contorni politici. Sempre nella seconda metà del secolo viene introdotta un'altra cesura nel costrutto della beneficialità: l'autonomia come rivendicazione dei diritti dei valori dell'individualità, e la completa autonomia del paziente nel rapporto Belmont del 1978. Dobbiamo molto ad Edmund Pellegrino scomparso nel 2013, questo italo americano bioeticista di New York e che ha tentato attraverso una serie di ragionamenti a sciogliere il conflitto tra paternalismo e autonomia. La sua proposta è racchiusa nel termine 'beneficialità nella fiducia' che include l'autonomia ma senza rinunciare a orientare l'azione medica verso il bene del paziente; l'orientamento del medico a fare il bene del paziente e l'autonomia del paziente non è considerato come un polo opposto e in conflitto ma sottolinea il ruolo del medico come avvocato del paziente, come un suo delegato, sostituto in caso di necessità. Combina i due modelli limitando la possibilità di scivolare in estremismi unilaterali se non sono noti sicuramente i desideri espressi in precedenza, se non sono disponibili altre persone che rappresentino il paziente. Il termine 'beneficialità nella fiducia' in un certo senso ci dà l'idea che la beneficialità si collochi a metà strada tra il paternalismo benevolo e autoritario dell'etica medica, della tradizione ippocratica e l'autonomismo promosso dai filosofi analitici. Insomma l'autonomia del paziente non può essere una sommatoria di diritti e prerogative giuridiche, è un bene, io penso, solo se è capace di stabilire col medico una relazione che non smette mai di essere asimmetrica. Un altro concetto che viene accostato all'autodeterminazione, autonomia del paziente, è il concetto di dignità umana e questo concetto viene messo in relazione alle funzioni, dignità nel senso che mi permette di fare qualcosa, mi permette di esprimere il mio volere, la mia esistenza, il mio modo di agire. Mi chiedo allora, quale spazio può rimanere alla medicina per rispetto della dignità umana nella sua ontologia, non nella sua funzione? La medicina, e qui introduco la questione che ho avuto modo anche di svolgere in altri convegni, la questione della separazione tra fatti e valori: il diritto in genere li separa, dice Pulitanò professore di diritto: il diritto valuta solamente i fatti, i valori verranno dopo. Ora la medicina non ha mai separato i fatti dai valori, se noi oscuriamo la componente ontologica della dignità umana e ne facciamo solo il risultato dell'agire umano e dei diritti che la supportano si oscurano anche i doveri della medicina per altri esseri umani per i quali la dignità non ubbidisce a criteri funzionali come oggi ci viene proposto da parte del diritto e ciò vale per gli esseri umani che sono impediti molto grave e totale dall'esercizio attuale delle facoltà razionali e morali. Quindi cari colleghi e cari uditori io penso che nella questione della richiesta di morte da parte del paziente rischiamo di sancire un principio secondo cui l'unica vita degna è la vita del soggetto in grado di esprimere il proprio consenso nella scelta tra il diritto di vivere e diritto all'autodeterminazione di morire, togliendo valore, io penso, alle altre esistenze. Il concetto di dignità si identifica con la libertà del soggetto o va separato? domanda che vi pongo. Non ha un significato più ampio della somma dei suoi diritti? La nozione di dignità umana non è logicamente antecedente a quella dei diritti umani? Certo per definire la dignità bisognerebbe poi definire la persona umana e qui infilo la mano in un vespaio perché la persona umana, a mio avviso, non può solo concepirsi dentro la capacità di autocoscienza e di autodeterminazione. Sempre Edmund Pellegrino parlando della malattia afferma – quando siamo malati il corpo non è più docile strumento della volontà e non abbiamo le conoscenze e le abilità necessarie per fare le scelte che

ristabiliranno la salute, siamo soggetti al potere di altri, la nostra immagine integrata, il nostro io incarnato, da cui la vita acquista un suo significato, viene coperto da un'ombra. Dovremmo sempre pensarci. Seconda riflessione: ripensare i fini della medicina in vista del bene della comunità e non solo del soddisfacimento dei desideri individuali. Ci sono due concezioni che si confrontano, pensiamo poco a queste cose, c'è una concezione essenzialista che ritraccia i fini della medicina a partire da una analisi della natura costitutiva della pratica medica e c'è una concezione storicistica che afferma che la medicina consiste in un insieme di pratiche cliniche prive di un nucleo sostanziale stabile senza alcun compito a priori per cui i fini pratici della medicina sono determinati dai valori e dagli obiettivi della società in cui opera la medicina stessa. Allora qual è la questione? La questione è capire se sia possibile sostenere che le pratiche esprimono dei valori essenziali, che troviamo immutati nel corso del tempo, oppure la loro totale relatività quindi il grado di universalità e invariabilità nella storia o la radicale mutevolezza. Risponde a questa domanda il report dell'Hasting Center nel 1996 che individua quattro scopi della medicina: prevenzione delle malattie e dei danni fisici e promozione e conservazione della salute, alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie, assistenza e terapia dei malati, assistenza a quelli che non possono più essere guariti, rimozione dei rischi di morte prematura e propriazione di una morte serena. L'anno dopo nel 1997 Hans Jonas allievo di Heidegger attribuisce un nuovo ruolo alla medicina e afferma che lo scopo della medicina è di andare oltre l'antico compito di ripristino della salute ritagliando per il medico non più solo il ruolo del guaritore bensì anche quello di artista del corpo con lo scopo da definirsi. Per cui la medicina secondo Jonas dovrebbe diventare anche o significare anche trasformazione. Qual è la posizione della FNOMCeO? qui lo posso dire con sicurezza. Nel 2014 l'inserimento dell'art.76 sul bio-potenziamento ha posto una forte attenzione a queste nuove prospettive e a questi nuovi orientamenti filosofici per cui la FNOMCEO ha abbracciato una ragionevole via di mezzo tra la concezione essenzialista e storicista della medicina. E L'art. 76, modificato recentemente, evidenzia come il campo della medicina e quello della società sono sempre più intrecciati e assumono spesso contorni sfumati e incerti e di conseguenza una indagine sulle finalità e i valori della prima devono sicuramente tenere in considerazione gli scopi e il substrato culturale della seconda. Terza riflessione, comprendere il ruolo della medicina nella vita sociale. Qual è la questione? noi viviamo nella società, la relazionalità è un aspetto ineludibile della identità personale e quindi della vita morale. L'individuo va misurato nell'insieme delle relazioni che costituiscono la sua identità personale senza le quali sarebbe privato dei contenuti e dei beni che sostengono la sua identità e quindi le sue scelte morali. La relazione ci consegna il valore di quei beni che non sono tra l'altro riconducibili a interessi individuali ma che sono importanti per la convivenza del vivere civile e credibile. L'elenco di tali beni è più ampio della nozione dei beni primari, la libertà, la sicurezza ecc. e tra questi rientrano anche le cure sanitarie che spetta la comunità garantire ai propri cittadini coerentemente coi propri valori di fondo. Ecco allora, e questo lo pongo alla vostra attenzione, che un sistema che prevedesse l'eutanasia per gli incurabili, le aspettative di cura risulterebbero significativamente ridotte poiché il paziente saprebbe che nelle sue condizioni ci si attenderebbe normalmente che egli rinunci ad essere curato e sarebbe istigato a chiedere di essere ucciso. N non si profila, cari colleghi, il rischio che il diritto alla salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, sia ridimensionato? Quarta riflessione. È necessaria ancora una deontologia medica? Abbiamo prestato poca attenzione a un concetto di fondo. Noi parliamo di deontologia ma nel linguaggio morale della medicina ci sono due prospettive che si confrontano, la prospettiva deontologica propriamente detta e la prospettiva consequenzialista. Per le teorie deontologiche buone e giuste sono sicuramente le azioni come gli atti deliberati in base a precise ragioni le quali rendono conto dell'intenzione della gente. Il dovere prescrive un certo tipo di azione a prescindere dalle sue conseguenze. Per esempio non uccidere è un imperativo categorico che prescrive di evitare quindi qualunque atto inteso a sopprimere intenzionalmente le persone. Per le teorie consequenzialiste che si confrontano con le teorie deontologiche, le conseguenze prodotte dalle azioni determinano il carattere morale delle stesse; il dovere è definito come ciò che produce le conseguenze migliori, un atto è buono se determina buone conseguenze, non ci sono azioni che siano incondizionatamente prescritte o vietate. Per esempio anche l'uccisione è permessa, le motivazioni sono quelle che ho elencato all'inizio di questa discussione. La prospettiva che noi abbiamo adottato da duemila quattrocento anni è una prospettiva deontologica. La deontologia medica rappresenta il compito degli obblighi morali che regolano l'attività medica, ci spetta per il ruolo sociale che rivestiamo, non è una dimensione accessoria della medicina ma la caratterizza fin dalla sua costituzione. Il Codice deontologico richiede sicuramente un confronto aperto e libero da ogni pregiudizio con la società e si ispira a valori etici, primo fra questi il servizio alla vita, come ho già ricordato. Qual è, allora il compito professionale del medico nel Codice? Sicuramente trovare all'interno dei principi bioetici il filo del loro agire posto a garanzia della dignità, delle scelte, del sollievo della sofferenza, tutte cose che abbiamo già sentito, e considerare il rispetto per l'autonomia, la non maleficenza, la beneficenza e la giustizia è una importante tetrade di riferimento per la deliberazione e l'agire morale nell'interazione clinica che ricerca i fini della pratica medica. Nel Codice, cari colleghi, non esiste uno spazio all'utilitarismo della regola e ad avvalorare questa posizione c'è sempre Edmund Pellegrino che differenzia praticamente i fini dagli scopi, gli ends dai goals. Gli ends, i fini della medicina hanno un significato di *telos* qualificano il valore e l'identità della professione medica e conferiscono una valenza indipendente dal contesto storico e sociale. I goals, gli scopi della medicina sono determinati sulla base di esigenze espresse dalla medicina stessa o dalla società e costituiscono quindi delle finalità che non sono legate all'essenza della pratica medica ma possono conformarsi o meno alla natura di quest'ultima. Attenzione però, se noi puntiamo alla conformità dei fini con gli scopi, degli ends ai goals, si introduce un profondo cambiamento della pratica medica, se gli scopi sostituiscono del tutto i fini della medicina, quest'ultima diventerebbe una costruzione meramente sociale e condizionerebbe i medici a negoziare con lo Stato,

la società, i singoli pazienti l'individuazione delle sue finalità. Il concetto di medicina sarebbe relegato a pratica impersonale, manipolativa ovvero la medicina come una pura e semplice collezione di fatti e di tecniche neutrali da usare a piacimento senza riconoscere a questa altri vincoli. E quindi le conclusioni di questo importante istituto di ricerca, lo Hasting Center di New York, sono che la medicina ha scopi intrinseci frutto di ideali più o meno universali e di pratiche di carattere storico, gli ends ma le sue conoscenze, le sue abilità si prestano parimenti a essere intese in misura significativa anche in termine di costruzione sociale, i goals. Il pericolo però qual è? vero, è quello di ridurre il primo punto di vista al secondo, non quello di sostenerli entrambi in un secondo rapporto di tensione reciproca. Alcune domande che lascio poi anche alla discussione. Proprio sulla identità della medicina, alla luce di quello che vi ho detto, si può escludere che la medicina possiede una propria natura e identità e che neanche il medico non può imporre ad essa i propri valori e le proprie preferenze di vita nella propria idea di ciò che è la salute? Possiamo lasciare nelle mani del paziente la definizione di salute e con esso l'identità della medicina? Siamo poi così ingenui a credere che nella prassi sarà davvero il paziente a determinare i confini del medico? non lo faranno altri in suo nome in modo molte volte del tutto mascherato. Ai giuristi chiedo non sarà una biogiuridica con la pretesa di un'etica pubblica? Guardate, cosa c'è in gioco tra fine vita e identità della professione medica! Lo dice ben chiaro Serrano Ruiz-Calderon e anche d'Agostino, sono in gioco le finalità della professione, ma soprattutto la questione della sua indipendenza nei confronti del potere dello Stato che tramite il linguaggio dei diritti si arroga la competenza di regolare legislativamente quel che prima rientrava nella disciplina della professione. Aggiunge D'agostino, sintetizzo, la definizione stessa del paradigma biopolitico, il fenomeno tipicamente moderno della gestione integrale della vita biologica da parte del potere politico. Mi avvio alle conclusioni. Noi dobbiamo recuperare la nostra perenne dimensione antropologica. La morte deve tornare a essere per il medico, come lo è sempre stata, una esperienza umana, emotivamente coinvolgente ma soprattutto un atto fondante della sua competenza professionale. Dobbiamo usare i mezzi che la medicina oggi offre per la sofferenza del morente quando la morte è un evento atteso e purtroppo ineluttabile, farsi carico della morte del paziente accompagnando la persona umana lungo questo processo naturale, evitare le deformazioni del morire sia attraverso un prolungamento indebito di un processo già avviato, sia di progressiva alienazione del sé personale, sia del danno sociale derivante dalla ricerca ossessiva del controllo del vivere. Mi assumo la responsabilità di questa estrema sintesi. Penso che non sia possibile estrapolare la nostra figura di medici dal contesto morale in cui abbiamo sempre operato perché altrimenti si distrugge la specificità storica della medicina che ha un senso preciso entro il contesto storico-culturale che l'ha generata.

L'ESPERIENZA DELLA MORTE NELL'ERA DELLA MEDICINA TECNOLOGICA

Gian Franco Gensini - Clinico Medico Presidente Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica

Confesso che quando mi è stato chiesto di condividere alcune riflessioni sull'esperienza della morte nell'era della medicina tecnologica sono stato inizialmente un po' incerto. Mi sono posto il problema del perché venisse richiesto il mio contributo quanto c'erano persone, anche tra quelle che mi hanno chiesto la partecipazione, certamente più esperte e più familiari con questi aspetti.

Ho cercato quindi di rispondere a questa domanda: chi sono io e perché interessa il mio contributo?

Ho 50 anni di professione alle spalle, mi sono laureato il giorno in cui Armstrong mise piede sulla Luna; per otto anni ho fatto il Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di Firenze; per una quindicina d'anni il Preside dell'allora Facoltà e da vent'anni mi sono impegnato nella medicina intensiva dando il mio contributo alla creazione della rete ECMO (A*xtra Corporeal Membrane Oxygenator – di questo parlerò più avanti).*

Ritengo che l'utilità del mio contributo possa consistere proprio nella possibilità di offrire un punto di vista diverso, una visione propria di chi si è sempre occupato di medicina ma non si è occupato nello specifico di terapie palliative e di fine vita. Da esterno quindi mi sono posto alcune domande che possono sembrare un po' pedestri ma che forse possono servire a cogliere alcuni aspetti di interesse. Almeno così credo.

Esperienza della morte

Quando si parla di esperienza della morte, a chi si fa riferimento? L'esperienza di chi? Chiaramente è l'esperienza del medico, ma il medico non è da solo, il medico è con i familiari, il medico è augurabilmente circondato di studenti, specializzandi e persone che possono, condividendo l'esperienza, acquisire la capacità di fronteggiare al meglio un momento che è un momento di crisi inevitabilmente forte. La crisi, per quanto forte, non deve mai andare a ledere il patto di fiducia e il rispetto che si crea tra medico e paziente. Si pensi all'articolo 10 del codice deontologico: "*Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò* di cui è a conoscenza in ragione della propria *attività* professionale.

La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale. Il medico informa i collaboratori e i discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto.

La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale".

La citazione è per ricordare e rimarcare l'attenzione alla conservazione del segreto professionale. Potrebbe apparire un elemento superfluo, ma tengo a sottolineare l'importanza del mantenere il segreto, mantenerlo anche in caso di radiazione dall'Ordine dei Medici, mantenerlo anche dopo la morte. Solo un rapporto forte può resistere anche a questi aspetti.

E poi l'attenzione agli interventi terapeutici clinicamente appropriati nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona. Se ci si sofferma a riflettere questi aspetti, noti a tutti, conferiscono al rapporto tra il paziente e il medico un senso di sacralità

di cui il medico deve avere piena consapevolezza.
In realtà il medico, in una certa fase del percorso di fine vita, tende a scomparire e a essere sostituito dal sacerdote, dai parenti. Non sempre è chiaro che la morte non è una cosa esterna alla vita, ma fa parte della vita stessa.
La morte è certamente un evento unico, non è un bisticcio di parole, e come tale va trattato. La relazione con il malato, come ha detto Giovanni Paolo II, è il banco di prova della capacità del medico di essere bravo.

Insegnare la morte

Bisognerebbe quindi imparare a 'INSEGNARE LA MORTE', ne sottolineo l'importanza scrivendolo in maiuscolo. Quando parlavo di questo ai miei Colleghi, questi non erano contenti. Si può essere scaramantici, ma se non si impara e non si insegna a rapportarsi anche con la morte si sbaglia, anche perché nella vita di un medico la morte ha una posizione molto importante. Non saper gestire la morte purtroppo certe volte è fonte di problemi di vario tipo, certamente di disagi ma anche di problemi peggiori.
A mio avviso la posizione dell'etica non è adeguata. Sono stato in una delle tante Commissioni che hanno riformato il Programma del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia, l'allora tabella 18, ma in realtà le riforme che venivano fatte erano limitatissime e ininfluenti, come ho detto e scritto pubblicamente più volte, non venivano fatti cambiamenti perché c'era la convinzione di una certa rigidità non modulabile del sistema.
Credo che la condivisione del concetto di morte dovrebbe essere molto precoce, fin dall'inizio perché curare un malato e assistere alla sua morte purtroppo spesso sono coevi. Ritengo quindi necessario condividere, ma condividere in senso attivo.
Io sono sempre stato molto rigido quando pretendevo che i miei collaboratori assistessero ai colloqui con i familiari di un paziente vicino alla morte o dopo la morte, perché questo è un qualcosa che non si insegna a lezione. Se si ha la sensibilità di insegnarlo e di recepirlo si condivide la gestualità, e si imparano anche gli aspetti prossemici, che sono fondamentali in questo caso. Non ci si può presentare in una situazione del genere se non nel modo adatto a far percepire con molta chiarezza la partecipazione e il desiderio di essere vicini.
Ora volevo velocemente ricordare diverse modalità di gestione della morte. Io personalmente ho convissuto l'esperienza a Lund e in altre città della Svezia, là è previsto che alla morte di un paziente il medico e l'infermiere di riferimento passino mezz'ora in una sala apposita insieme ai familiari del paziente. Io l'ho trovata una modalità di gestione molto interessante.
Ho in mente anche esperienze meno positive, ricordo il Liverpool Care Pathway for Dying Patients, considerato un fallimento grave perché si arrivava a negare le bevande al paziente terminale che le richiedeva perché il proprio ruolo prevedeva di non dargliele. Lo dico in modo un po' rudimentale ma si capisce che non è stata una esperienza positiva, è stata fatta tutta una analisi su questi comportamenti e si è arrivati a ritenere necessario definire nuove linee guida basate sulle evidenze per la gestione del fine vita.

Linee guida e fine vita

Roberto ha ricordato che io mi sono occupato assai della medicina basate sulle evidenze, ritengo quindi rilevante fornire alcuni elementi su questo punto partendo da qualche dato quantitativo. Ogni anno nel Regno Unito muoiono circa cinquecentomila persone e di queste il 75% non ha una morte improvvisa. E diciamo anche volendo essere conservativi il 50% può essere considerato in qualche modo candidato a un percorso condiviso. Le linee guida raccomandano di porre attenzione continua al paziente per capire se una persona sta entrando nel fine vita valutando segni come agitazione, perdita di coscienza, aumento della stanchezza e sonnolenza. Raccomandano inoltre di osservare di continuo il paziente e rifare il punto ogni 24 ore su una base totalmente nuova. Un aspetto terribile è il trascinamento, se non si valuta con regolarità prendendo anche in considerazione un possibile miglioramento e la stabilizzazione del quadro, si può rimane trascinati da una valutazione che porta fuori strada.
La comunicazione è un altro tema preso in esame dalle linee guida in questo ambito. Non sempre i medici sono attenti alla comunicazione con la famiglia. È invece fondamentale che vi sia professionalità e onestà perché i familiari hanno il diritto di comprendere la gravità della situazione e poter così compiere le scelte più adeguate.
Le linee guida basate sulle evidenze sono considerate un aspetto sicuramente significativo per dare indicazioni ai medici su una migliore gestione. Purtroppo però se si analizza quello che è stato fatto a distanza di circa quattro anni dall'uscita delle linee guida, nessuna linea guida ha raggiunto il 40% di applicazione neppure in Inghilterra. In Italia la situazione è ancora più arretrata. Quindi il problema è sicuramente ancora aperto.

Tecnologia e fine vita

Adesso toccherò il punto fondamentale della mia presentazione. Abbiamo detto che il medico deve far fronte a diversi problemi di gestione e comunicazione ma è doveroso porre l'attenzione anche a come la tecnologia stia cambiando e abbia già cambiato di fatto il concetto di morte.
In modo semplificato, quale è la tecnologia che ha spostato per prima in avanti il punto di arrivo? Sicuramente la respirazione assistita ha avuto un ruolo chiave e ha cambiato il concetto di morte ma anche in questo caso occorre attenzione e occorre procedere a piccoli passi. Si tende a dire che il paziente è in respirazione artificiale, ma di quale respirazione artificiale si tratta? Ho abbastanza esperienza per avere vissuto l'epoca delle "corazze", o del Polmone Artificiale, ma oggi abbiamo ben altro. Antonio Panti si ricorderà quando la Toscana fece cambiare tutti i respiratori di tutti gli ospedali in funzione della preparazione all'H1N1, cambiammo i 216 respiratori perché la convinzione basata sulle statistiche riportate dagli pneumologi era che i pazienti sarebbero morti per insufficienza respiratoria. L'insufficienza respiratoria era in qualche modo reversibile, ma bisognava superare la fase di gravissima insufficienza. L'intervento si è rivelato di fatto eccessivo ma comunque cambiammo i respiratori. Perché? Esistono tre tecniche: se voi avete un paziente che ha un problema respiratorio grave e i medici che lo curano vi parlano di pronazione. Ciò vuol dire che siamo avanti, la pronazione da sola risolve tanti problemi, la respirazione assistita protettiva e super protettiva fanno il resto, ma se sono respiratori vecchi non sono in grado di effettuare la respirazione assistita protettiva e super protettiva. La respirazione quindi non è soltanto una respirazione assistita ma assistita appropriatamente rispetto al problema.
A questo punto è chiaro che la respirazione assistita a partire dagli anni cinquanta in poi ha dato il via a un cambiamento concettuale sulla definizione di morte. Nel '68, il gruppo di Harvard, a valle del primo trapianto che avvenne nel 1967, ha definito la morte cerebrale. Prima si parlava di *coma dépassé* definizione che stabiliva a poste-

riori che il coma era stato oltrepassato (dépassé) e non c'era ritorno. La definizione di Harvard del 1968 lavora sulla necessità di individuare in maniera univoca e condivisa una definizione di morte non basata unicamente sulla cessazione delle funzioni respiratorie e circolatorie, criteri resi ormai desueti dall'introduzione della ventilazione artificiale. E per farlo, propose di definire la morte come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello, o morte encefalica. Perché senza un cervello – e non esistono controversie in questo senso – non si può parlare di vita, e serviva un modo per evitare accanimenti medici eccessivi su persone ormai cerebralmente defunte. Vengono in altre parole delimitate nella morte due dimensioni: la cessazione dell'attività neurologica e la cessazione dell'attività cellulare che tuttavia può sopravvivere alla cessazione dell'attività neurologica –per questo la taratura è su quella neurologica. Se io uso il respiratore artificiale e uso la circolazione extra corporea posso mantenere la vita cellulare anche se purtroppo la persona è morta.

E quindi c'è una parcellizzazione tecnologica della morte fornendo così la condizione indispensabile per effettuare il prelievo degli organi in funzione dei trapianti. Inoltre viene attestata la separazione del morire umano da quello degli altri esseri viventi, i quali non hanno accesso alle complesse strutture tecno- scientifiche che irrompono nella vita dell'uomo.

ECMO *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

Infine concludo la presentazione mostrando l'ECMO *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*. A Firenze ci eravamo preparati quattro o cinque anni prima che ci fosse l'H1N1, perché l'ARDS, *Acute respiratory* ***distress syndrome,*** purtroppo è responsabile della mortalità dell'80, 90% dei malati che ne sono affetti. È un problema essenzialmente legato ai traumi, alle infezioni polmonari ecc. e ha una mortalità altissima. Insieme al Direttore della Rianimazione dott. Peris decidemmo di intraprendere questa strada, anche se la curva di apprendimento era una via costellata da gravissimi effetti avversi nella fase di apprendimento, perché si devono inserire cannule molto grosse nei vasi, in pazienti critici che vengono massaggiati e quindi spesso ci sono grossi problemi.

Perché è importante? Perché è un ponte con un fiume sotto, vi sono condizioni complesse come per esempio la miocardite, la ARDS che ho citato, l'H1N1 che grazie all'ECMO, grazie a un supporto totale, possono superare la crisi e riportare indietro la lancetta del tempo.

Questo per dire che con la tecnologia si ha in mano un potere terribile. Il termine terribile non lo uso a caso perché si tratta veramente di decidere della sorte di una persona. E da qui nascono altri problemi. Il medico vuole salvare e il principio della beneficienza è fondamentale. Però qui si pone il problema: vogliamo aumentare la durata della vita? A qualsiasi costo? Questa potrebbe essere un'enorme sciocchezza.

Ho apprezzato molto nell'ultimo discorso tenuto al Senato del Primo Ministro l'attenzione al benessere equo e sostenibile. È un concetto che forse noi non sviluppiamo abbastanza, in questo momento c'è una cabina di regia al Presidente del consiglio di ministri e secondo molti c'è un documento del MEF, accanto al PIL ci dovrebbe essere il valore del BES (benessere equo e sostenibile).

Io sono profondamente convinto che mantenere in vita una persona in cui il ripristino sarà **molto probabilmente,** e molto probabilmente purtroppo toglie forza all'affermazione, assai alterata, non è una scelta vincente. A meno che non si decida di perseguire una vittoria di Pirro. Per concludere quindi non bisognerebbe mai decidere da soli, non c'è niente di peggio che trovarsi a dove decidere da soli. Va detto però che siccome spesso siamo in condizioni di assoluta emergenza non è facile riunire il gruppo di riferimento che tendenzialmente comprende il cardiologo, il cardiochirurgo, il cardioanestesista, un team leader.

Un esempio strategico efficace è quello messo in atto a Siena ove vi è un gruppo dedicato convocabile 24 ore su 24. Il gruppo garantisce al paziente di non andare incontro a una vittoria che lo trasforma in un invalido per il resto della vita e al sistema di valutare l'opportunità di un'azione assai costosa e assai impegnativa.

Sottolineo inoltre l'importanza della rivalutazione del paziente ogni 24 ore, di nuovo, questo non è un mantra, è una necessità. Pensare di tenere un paziente in intensiva senza riaggiustare regolarmente il "*fine tuning*" della situazione sarebbe un errore.

Infine ribadisco il ruolo chiave della tecnologia nel fine vita: se con ci fosse stato lo spostamento del punto di arrivo, tutto questo discorso non avrebbe avuto senso. Tale cambiamento è in continua evoluzione, le disposizioni anticipate di trattamento dovranno tener conto anche dello spostamento della linea di confine, e il medico avrà sempre più un ruolo chiave come compartecipe, come docente e come attore del rapporto tra la vita e la morte.

IL DIRITTO DI VIVERE E IL DIRITTO DI MORIRE. ASPETTI GIURIDICI

Andrea Nicolussi - Ordinario Diritto Civile Unicatt Mi

Grazie per questa presentazione e per la parola, ci tengo anche ad aggiungere che sono membro della Consulta deontologica e quindi mi fa molto piacere anzitutto ringraziare chi mi ha invitato qui, chi mi ha dato l'occasione di entrare nel vivo di un dibattito dalla parte non tanto, diciamo così, degli accademici che necessariamente riflettono su questi temi dall'esterno, ma avvicinandosi alla sensibilità medica riguardo questi problemi e quindi grazie in particolare al dr. Muzzetto e grazie anche, devo aggiungere, al dr. Benato che è stato il mio ponte verso l'Ordine dei medici, per prendere l'ultima immagine che è stata proposta molto bella. Io non ho slide, non ho immagini da proporvi ma soltanto la mia parola quindi mi scuso diciamo così per affaticare i vostri orecchi e la vostra attenzione.

Mi sembrano utili un paio di premesse soltanto per dare una chiave di lettura del percorso che desidero proporvi. La prima è che mi ha messo un po' di tremore questo titolo piuttosto problematico Diritto di vivere e diritto di morire. Cercherò in qualche modo di svilupparlo, tenendo conto che nella sollecitazione di questo titolo io leggo evidentemente anche la richiesta di un pensiero sui fondamenti giuridici della questione a cui non mi posso sottrarre. Quindi articolo il mio discorso in due parti: una che potrà sembrare un po' astratta se vogliamo, perché legata appunto ai concetti fondamentali ma che per un giurista è anche imprescin-

dibile in quanto determina in qualche modo il quadro di riferimento necessario per una lettura di fenomeni che sicuramente spostano e muovono le cose e ma dei quali si voglia tentare comprendere la direzione.
La seconda parte riguarda alcuni casi giurisprudenziali decisi al più alto livello in Europa ossia dalla Corte europea dei diritti umani.
Ma anzitutto "diritto di morire e diritto di vivere" a me sinceramente ha fatto subito pensare a un autore che non è un giurista, Erich Fromm il quale nell'ultima fase della vita di Freud vede una serie di problemi personali, la malattia, alcuni lutti, una serie di problemi derivanti dal contesto storico generale i quali avrebbero in qualche modo determinato secondo Erich Fromm nel pensiero di Freud una alterazione del rapporto tra biofilia e necrofilia portando diciamo così Freud a metterle erroneamente sullo stesso piano. Freud era affetto come sapete da una malattia molto grave, la storia dell'epoca era una storia che declinava verso la tragedia della seconda guerra mondiale, il nazismo ecc. ecc. e dentro questo contesto, secondo Fromm, Freud tende un po' a perdere il senso della distinzione tra biofilia e necrofilia, ossia a perdere la distinzione tra la dimensione fisiologica, cioè appunto la biofilia, e la dimensione patologica che invece è la necrofilia. L'amore per la vita dice Fromm è istinto primario, deve prevalere nell'uomo per garantire un corretto funzionamento della mente e di conseguenza comportamenti sociali sani. L'istinto di morte, al contrario di quanto affermava Freud, rappresenta la malattia psichica, fondamentalmente il necrofilo dice Fromm è un narcisista che non vede altra realtà al di fuori di se stesso. Secondo Fromm l'insorgere, il manifestarsi apertamente di tendenze necrofile risulta favorito da un sistema socio-economico che porta a considerare se stessi e gli altri alla stessa stregua di merci, che valuta le persone secondo la loro vendibilità, con riferimento alle leggi della domanda e dell'offerta, dove non sono le individualità ma le parti vendibili di esse a entrare in relazione.
Ora, questo scenario, diciamo così psico-sociologico, a me sembra suggerire immediatamente una traduzione giuridica che è piuttosto semplice, è l'idea, che definisco subito paradossale, della reificazione della persona e quindi del carattere disponibile delle qualità della persona stessa e addirittura della stessa vita. Se c'è il diritto di vivere allora c'è anche il diritto di morire, così come se io sono proprietario di una merce posso tenermela oppure alienarla a un altro. Stuart Mill e John Locke avevano bene avvertito che la libertà non deve diventare un boomerang, che l'uomo non è libero di diventare schiavo, né a maggior ragione di prestare il proprio consenso al fatto che qualcuno lo uccida. E Locke in particolare sembra rendersi ben conto dell'ambiguità della idea di autoproprietà che lui stesso utilizza e che forse, per eterogenesi dei fini, ha costituito un veicolo culturale verso l'idea di disporre di sé e persino della propria vita. Antonio Rosmini nell'ottocento aveva sottolineato che il diritto soggettivo non può avere per oggetto la persona del titolare perché è la persona stessa che deve essere pensata come il diritto. Ma c'è anche la metafora religiosa della vita come dono di Dio che in un contesto culturale di questo tipo può prestarsi a delle strumentalizzazioni: siccome la vita è un dono io posso fare quello che voglio delle cose che mi vengono donate. Basti pensare a quelli che riciclano i regali ricevuti in occasione del matrimonio. Il punto è che anche questa metafora del dono nella cultura contemporanea trasmette l'idea della vita come una cosa separata dalla persona stessa, sicché la persona può fare e disfare di questa cosa, che appunto è separata e oggettivata rispetto a sé medesimo, ma la mia vita non è una cosa, sono io stesso, tanto è vero che quando si parla di un defunto si dice solitamente: non c'è più.
In realtà, nel dibattito pubblico vi è una certa confusione intorno al concetto di disponibilità della vita che viene inteso spesso in modo un po' generico, confondendo disponibilità *manu propria* e disponibilità *manu aliena*. La prima, la quale consiste in atti dello stesso titolare che non coinvolgono terzi, non è più di tanto in questione, anche se l'astensione dell'ordinamento giuridico dal qualificare illecito il suicidio può essere vista in due modi. Una interpretazione, quella più conforme al diritto italiano, è nel senso di evitare di infliggere al suicida e specialmente a chi abbia tentato soltanto il suicidio l'afflizione della riprovazione sociale e magari anche una pena. Un minimo di umanità impedisce di accanirsi inutilmente e direi spietatamente contro il suicida sia che riuscito nel suo intento sia nel caso in cui non vi sia riuscito ed abbia solo tentato. Ma tale astensione non significa approvazione sociale del suicidio, tanto è vero che attualmente non è prevista alcuna sanzione per chi abbia impedito o provato a impedire il suicidio altrui e nemmeno a carico di chi abbia soccorso un suicida. Anzi, l'aiuto e l'istigazione al suicidio costituiscono reato, e così pure l'omissione di soccorso. Diversamente, se il suicidio fosse considerato come esercizio di un vero e proprio diritto, incriminare l'aiuto al suicidio sarebbe contraddittorio con l'approvazione sociale insista nella qualifica di diritto. E infatti non mancano voci che vorrebbero persino abolire l'incriminazione dell'omissione di soccorso. In ogni caso, anche la Corte costituzionale italiana ha precisato che «*La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanzioni chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una relatio ad alteros di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita*».
Tale considerazioni permettono di meglio comprendere il punto di vista giuridico per cui quando si parla giuridicamente di indisponibilità della vita si fa riferimento piuttosto alla disponibilità in senso stretto, ossia *manu aliena* intesa come potere di rendere lecito o addirittura obbligatorio l'aiuto al suicidio o addirittura l'omicidio del consenziente. Fermo restando, ovviamente, il divieto di uccidere, il problema della indisponibilità o disponibilità della vita si presenta giuridicamente non come questione individuale, ma come questione relazionale, ossia come una questione che include la qualificazione non solo del comportamento della persona di cui si tratta ma anche del comportamento di un'altra persona a cui il primo si rivolge per essere aiutato a morire o per essere ucciso. Perciò entra in gioco non la disponibilità/indisponibilità *manu propria*, ma l'indisponibilità *manu aliena*. È questa disponibilità *manu aliena* della vita che l'ordinamento esclude per garantire il divieto di uccidere, non certo per collettivizzare in capo allo stato la vita delle persone né per precludere l'esercizio della propria libertà fisica la quale implica anche di poter rifiutare trattamenti sanitari.
Questa dimensione relazionale del c.d. diritto di morire viene spesso taciuta o mal

compresa, ma è propria della prospettiva giuridica: non si può dire che in gioco vi è solo la libertà del singolo, ma anche quella di coloro a cui il singolo si rivolge e in generale del sistema giuridico che deve apprestare tutela e quindi approvare il fatto. Del resto, questo stesso Convegno è la prova della relazionalità della questione altrimenti i medici non si sentirebbero interpellati, ed è ben singolare che tale aspetto risulti spesso trascurato, come è avvenuto paradossalmente anche nella famosa ordinanza della Corte costituzionale che ha inopinatamente riaperto il dibattito sul fine vita immediatamente dopo che fosse stata approvata la legge 219/2017.

La diffusione del consenso dell'avente diritto nell'ambito dei diritti della personalità, nella diverse forme e nella svariate ipotesi in cui può manifestarsi, induce a una precisazione del significato da assegnare nel diritto contemporaneo al limite dell'indisponibilità di tali diritti. Invero, è la stessa previsione normativa dell'art. 50 c.p. a porre il tema, precisando che può rilevare solo il consenso della persona «che può validamente disporre» del diritto oggetto della lesione. E coerentemente l'art. 579 c.p. esclude espressamente efficacia scriminante al consenso nell'ipotesi dell'omicidio del consenziente, così come del resto l'art. 580 c.p. incrimina l'aiuto al suicidio. Nel diritto privato recente addirittura l'art. 35 Cod. cons. qualifica nulle eventuali clausole che escludano o limitino la responsabilità del professionista in caso di morte o danno alla persona del consumatore risultante da un fatto o da un'omissione del professionista. Sicché l'indisponibilità di questi diritti della persona si riflette persino su alcuni diritti patrimoniali (i crediti risarcitori), e di norma disponibili, ad essi connessi.

Si conferma insomma che il consenso che legittima l'azione di altri (omicidio del consenziente) o la manifestazione di volontà che addirittura la pretende (eutanasia attiva concepita come oggetto di un diritto) non sono fatti puramente individuali, ma fenomeni relazionali con riguardo ai quali non a caso è richiesta la qualificazione e la tutela del diritto.

Ci sono anche degli altri soggetti che sono implicati in tale questione, che è relazionale sotto diversi profili: anzitutto perché appunto sono coinvolte almeno due persone, ma anche perché in un senso trascendente le stesse persone direttamente coinvolte coinvolge anche la società attraverso la sua espressione istituzionale che è il diritto. Quando io chiedo l'aiuto di qualcuno e voglio che questo aiuto sia sanzionato dal diritto, io non interpello soltanto quel qualcuno ma interpello anche il diritto stesso e quindi introduco una ulteriore dimensione, diciamo così, meta individuale, relazionale in senso ampio nella questione, chiedo sostanzialmente l'approvazione della società che si dà attraverso il diritto.

D'altra parte, poiché si è soliti fare delle citazioni in queste relazioni, a questo punto viene in mente quella del medico di Adriano, nelle Memorie di Adriano di Marguerite Yourcenar, che si suicida piuttosto di consegnare il veleno ad Adriano che voleva suicidarsi e che involontariamente aveva posto il suo medico nella situazione tragica di dover scegliere tra la fedeltà al suo dovere di medico e la fedeltà al sovrano. Significativa la seguente riflessione di Adriano che riconosce il proprio grave errore, ossia di avere ritenuto il suicidio una scelta soltanto individuale: «la morte mi sembrava la più personale delle mie decisioni, il mio supremo rifugio di uomo libero; m'ingannavo».

Adriano a quel punto capisce che la sua non era affatto una scelta personale ma era una scelta che coinvolgeva anche gli altri e quindi non poteva essere ridotta semplicemente a una scelta unicamente dell'individuo.

La seconda parte del mio discorso riguarda se vogliamo, profili un po' più specifici inerenti ad alcuni casi pratici che hanno segnato il dibattito e che sono riprodotti dalla stessa ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale Italiana, e che probabilmente si ritroveranno anche nella sentenza che però ancora non è pubblicata e quindi la possiamo leggere.

La Corte quindi, come ho cercato di spiegare prima riafferma, riconferma la centralità del diritto alla vita, cioè se vogliamo l'opzione biofila del nostro ordinamento giuridico con riferimento alla Costituzione e alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo: «Non è pertinente, anzitutto, il riferimento del rimettente al diritto alla vita, riconosciuto implicitamente – come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri – dall'art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU. Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito)». La Corte Edu ha affermato nel caso *Pretty v. Regno Unito* (3) che sarebbe una «grave forzatura del linguaggio normativo» desumere dal diritto alla tutela della vita proclamato dall'art. 2 CEDU un cosiddetto diritto di morire, come se la tutela della vita potesse essere rivoltata nel suo contrario. La giurisprudenza della Corte accorda la preminenza all'articolo 2 come una delle disposizioni più fondamentali della Convenzione. Protegge il diritto alla vita, senza il quale il godimento di qualsiasi altro diritto e libertà della Convenzione sarebbe vano. Stabilisce le circostanze limitate in cui la privazione della vita può essere giustificata e la Corte ha applicato un controllo rigoroso quando tali eccezioni sono state invocate dagli Stati.

I casi citati dalla Corte Costituzionale sono quelli che ai quali vorrei fare riferimento io adesso, cioè il caso Pretty nei confronti di United Kingdom, nei confronti del Regno Unito e il caso Hass che invece riguarda una questione avvenuta in Svizzera. Mi sembrano interessanti tutti e due per due diversi motivi, il primo perché tutto sommato ha posto la questione fondamentale e il secondo perché richiama più direttamente la questione della implicazione dei medici.

Per quanto riguarda il caso Pretty noi abbiamo una ricorrente che è una donna di 43 anni che soffre di una grave malattia dei motoneuroni, non so per quale motivo nella sentenza si precisa anche che risiede con suo marito di 25 anni, con una figlia e con una nipote. Punto essenziale è che la signora Pretty afferma di avere dritto all'assistenza nel suicidio da parte di suo marito e che la sezione due della legge inglese del 1961 nella parte in cui proibisce che si possa dare questo aiuto, e impedisce quindi al Procuratore generale che era stato richiesto dalla donna, di impegnarsi a non perseguire il marito ove appunto avesse compiuto questo fatto, è incompatibile secondo questa signora con la Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Ma la Corte europea dei diritti dell'uomo dà torto a

questa signora, dicendo che la Corte non è persuasa che il diritto alla vita garantito dall'art. 2 possa essere interpretato come implicante un aspetto negativo, che dal diritto alla vita si passi al diritto alla morte, il diritto di non vivere, il diritto di morire. Fa un esempio, dice – non dobbiamo ragionare come con riguardo ad altri diritti in cui questo volgimento dal positivo al negativo è plausibile, per esempio il diritto di associarsi può benissimo essere svolto nel diritto di non associarsi, ma il diritto alla vita - dice la Corte europea dei diritti dell'uomo - non ha queste caratteristiche, semmai potrà entrare in gioco un bilanciamento con altri diritti affermati dalla convenzione, ma in sé il diritto alla vita non può diventare il suo contrario. L'art. 2 non può essere interpretato senza una distorsione del linguaggio come base da cui ricavare il diritto diametralmente opposto, vale a dire un diritto alla morte, né può creare un diritto all'autodeterminazione nel senso di conferire a un individuo il diritto di scegliere la morte piuttosto che la vita. Su questo caso Pretty, la Corte europea dei diritti dell'uomo si pronuncia all'inizio del duemila, mentre nel 1997 dall'altra parte dell'Atlantico la Corte Suprema degli Stati Uniti aveva pronunciato nello stesso tempo due sentenze, Vacco contro Quill e la famosa Washington e altri contro Glucksberg, che sostengono sostanzialmente il medesimo principio contenuto nel caso Pretty. È interessante quello che c'è scritto in queste sentenze, sulla distinzione tra il lasciarsi morire rifiutando o interrompendo un trattamento e il provocare la morte. Secondo la Corte Suprema degli Stati Uniti, questa è una distinzione ampiamente riconosciuta e applicata nella professione medica e nella tradizione americana è *important logical and well established*. Questa stessa sentenza ha poi negato che il divieto di assistenza al suicidio abbia effetti discriminatori come qualcuno aveva sostenuto. Perché mentre ciascuno indipendentemente dalle sue condizioni fisiche ha diritto, se è capace di intendere e di volere, di rifiutare dei trattamenti medici salvavita, nessuno può dare assistenza in un suicidio e poiché tale divieto è previsto in generale e vale per tutti, esso è indiscutibilmente rispettoso dell'equal protection clause. Il divieto di assistenza al suicidio non solo non viola dei diritti fondamentali ma piuttosto, dirà invece nel caso Washington e altri contro Glucksberg, soddisfa alcuni interessi generali: proibire l'omicidio intenzionale e salvaguardare la vita, prevenire i suicidi individuali, mantenere il ruolo dei medici come salvavita o curatori dei loro pazienti, proteggere la gente vulnerabile dall'indifferenza, dal pregiudizio e dalla pressione psicologica e finanziaria, cioè economica, a por fine alla loro esistenza. Inoltre, dice ancora la Corte americana, questa proibizione serve per evitare una possibile slide, una possibile discesa verso l'eutanasia in generale. Quindi noi abbiamo Stati Uniti e Europa coerenti all'inizio del duemila nell'indicare netto questo limite.

Il caso Haas contro della Svizzera è interessante in particolare per i medici, perché a differenza del primo dove in gioco è un soggetto comune, il marito a cui la donna chiede l'aiuto al suicidio, qui la richiesta è verso un medico ed è significativo perché riguarda la Svizzera, notoriamente il paese dove alcuni in Europa vanno, diciamo così, per terminare la propria vita approfittando di quel famoso buco nella legislazione svizzera che sancisce la non punibilità nei confronti di chi aiuta al suicidio per ragioni che non siano di carattere egoistico. Il sig. Haas soffre di un grave disturbo affettivo bipolare da circa venti anni. Durante questo periodo ha tentato due volte il suicidio ed è stato più volte ricoverato in ospedali psichiatrici. Il 1 ° luglio 2004 è diventato membro della Dignitas, un'associazione che offre, tra gli altri servizi, assistenza per il suicidio. Egli considerava che la sua malattia, la cura della quale non è agevole, gli rendeva impossibile vivere con dignità, e perciò chiese a Dignitas di aiutarlo a porre fine alla sua vita.

Il 2 maggio 2007 il richiedente **ha inviato una lettera a 170 psichiatri**, quasi tutti, secondo le informazioni disponibili alla Corte, praticanti nella regione di Basilea. Ha chiesto a ciascuno di loro se avrebbero accettato di vederlo allo scopo di effettuare un esame psichiatrico e al fine di rilasciare una prescrizione per sodio pentobarbital. Nessuno dei medici ha risposto positivamente alla sua richiesta. Alcuni hanno rifiutato per mancanza di tempo e / o competenza necessaria o per motivi etici. Altri hanno sostenuto che la malattia del richiedente poteva essere curata.

Secondo il ricorrente, l'obbligo di presentare una prescrizione medica al fine di ottenere la sostanza necessaria per il suicidio e l'impossibilità di procurarsi tale prescrizione - che, a suo avviso, era attribuibile alla minaccia di revoca della licenza esercitata dalle autorità sui medici che prescrivessero la sostanza in questione a persone con malattie mentali - rappresentavano un'interferenza con il suo diritto al rispetto della sua vita privata. Sosteneva che sebbene tale interferenza fosse certamente conforme alla legge e perseguisse un obiettivo legittimo, nel suo caso non era proporzionata

In sostanza, la richiesta del sig. Haas sembra rivolta addirittura ad eliminare la discrezionalità del medico, ossia il requisito di una valutazione in base alla sua competenza di medico, come è previsto dalla disciplina svizzera, se prescrivere o meno il farmaco letale. Il medico dovrebbe comunque prescriverlo o si dovrebbe istituire un sistema per cui chi chiede l'assistenza al suicidio la debba poter ottenere, a prescindere quindi dalla implicazione di un soggetto professionale che dovrebbe invece discrezionalmente quanto meno valutare quegli elementi essenziali necessari a garantire che tale ipotesi di aiuto al suicidio rimanga pur sempre un'eccezione, una deroga, rispetto alla tutela del diritto alla vita come principio dell'ordinamento della Svizzera. Su questo caso è rilevante considerare che la decisione della Corte Edu rispecchia quella della Corte Federale Svizzera. La Corte Federale Svizzera e la Corte europea dei diritti dell'uomo dicono sostanzialmente la stessa cosa, la Corte europea non fa che approvare gli argomenti della Corte Svizzera. Il diritto di decidere la propria morte che qui non è in questione, dice, deve tuttavia essere distinto dal diritto all'assistenza al suicidio da parte dello Stato o di terzi. In linea di principio tale diritto non può essere dedotto né dall'art.10 paragrafo 2) della Costituzione federale svizzera che sancisce la libertà individuale, né dall'art. 8 della Convenzione. Quando si parla di diritto alla vita o diritto alla morte, dobbiamo sostanzialmente fare i conti con una sorta di collisione tra due valori, il diritto alla vita (art. 2 Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti umani) e il diritto, chiamiamolo così genericamente, di libertà istituito all'art. 8 che prevede precisamente la tutela della vita privata e familiare delle persone. Ma l'art.8 prevede la tutela privata e della vita familiare ammettendo al secondo comma una serie di eccezioni, cioè di possibili interferenze da parte dello Stato. Ora, sinteticamente per non rubare troppo tempo, la Corte europea dei diritti dell'uomo, approvando sostanzialmente gli argomenti della Corte svizzera, sostie-

ne che l'art. 8 non può soverchiare questa opzione, chiamiamola così, biofila in favore della vita della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, così come in Svizzera non è possibile soverchiare il principio della tutela della vita attraverso il riferimento alla libertà personale e questo a maggior ragione quando in gioco c'è la questione della discrezionalità del medico. Nel caso della discrezionalità del medico, il medico non può essere espulso, in quanto occorre garantire sostanzialmente quel minimo di requisiti che la legge Svizzera prevede quando ammette questa eccezione al principio di tutela della vita umana. E conseguentemente non è possibile fare a meno del medico e quindi del requisito della prescrizione che garantisce, ripeto, quei profili essenziali di tutela che in qualche modo anche la legislazione svizzera vuole garantire.

La Corte federale – a differenza della Corte costituzionale italiana inopinatamente rimasta sorda e disinteressata al ruolo dei medici in queste vicende – prende giustamente in considerazione anche il ruolo di coloro che professionalmente sono coinvolti da queste vicende.

Così, dice la Corte, il suicidio assistito non può essere considerato parte delle attività di un medico poiché è evidente che tale azione va contro lo scopo della medicina. Lo dice la Corte Federale svizzera e lo ripete la Corte europea dei diritti dell'uomo. È vero che c'è un cambiamento di atteggiamento nella società contemporanea nel senso che, guardando all'esperienza svizzera, il suicidio assistito può incominciare ad essere considerato anche come una attività medica su base volontaria ma tale attività non può essere imposta a nessun medico. Non può essere quindi inclusa come obbligo nel Codice di condotta professionale, può semmai essere ammessa ma solo a condizione che il dovere di assistenza medica sia rispettato nell'esame dei pazienti, nella loro diagnosi e nella somministrazione del prodotto e purché i medici non si facciano guidare unicamente dal desiderio del loro paziente di morire e non riescano a esaminare le ragioni di una simile decisione in conformità ai criteri scientifici applicabili.

Non posso non rilevare, ma brevemente - dato il poco tempo che mi rimane - che nella sentenza svizzera e anche in quella della Corte europea dei diritti dell'uomo si introduce anche una specie di critica nei confronti di queste associazioni come Dignitas, perché pare che, in base a studi effettuati sulle attività di questo tipo di associazioni, esse siano risultate poco attendibili sotto il profilo proprio della garanzia del rispetto della volontà di queste persone. Insomma la Corte EDU conferma la sentenza della Corte Federale svizzera anche, ripeto, nei suoi argomenti principali. La Corte costituzionale italiana interviene a ridosso della entrata in vigore della legge sul fine vita, la legge n. 219 del 2017 e già questo aspetto può suscitare perplessità se si considera l'esigenza di equilibrio e rispetto tra organi costituzionali.

La legge infatti aveva trovato un difficile equilibrio dopo un dibattito durato alcuni decenni distinguendo tra lasciar morire assistendo la persona nella morte e direttamente aiutare a morire. Aveva perciò ammesso la prima ipotesi legandola agli istituti del consenso del rifiuto e della rinuncia ai trattamenti sanitari e aveva ritenuto illecita l'assistenza del medico al suicidio.

Essa in altre parole si era mossa nell'ottica di risolvere il problema innescato dalla tecnica medica contemporanea e dalla sua invasività nella dimensione corporea delle persone eliminando il dubbio che tali istituti debbano essere inquadrati come la declinazione di un'autodeterminazione eutanasica, ossia della pretesa di ottenere dal personale medico la morte a semplice richiesta (c.d. right to die).

Dobbiamo chiudere? Permettemi di concludere sottolineando un paio di aspetti relativi alla situazione italiana.

La Corte non sembra muoversi nella prospettiva dell'autodeterminazione in senso eutanasico, ma nella prospettiva del recupero di uno *spatium deliberandi* nei confronti della tecnica, ossia nella logica che sembra essere quella più accettabile del principio del consenso informato.

Occorre, essa dice, 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

Sembra che tale fattispecie sia confermata anche dalla sentenza ancora non pubblicata, dato che nel comunicato emesso dalla Corte si legge: In attesa del deposito della sentenza, l'Ufficio stampa fa sapere che la Corte ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In attesa di un indispensabile intervento del legislatore, la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente. La Corte sottolinea che l'individuazione di queste specifiche condizioni e modalità procedimentali, desunte da norme già presenti nell'ordinamento, si è resa necessaria per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili, come già sottolineato nell'ordinanza 207 del 2018. Rispetto alle condotte già realizzate, il giudice valuterà la sussistenza di condizioni sostanzialmente equivalenti a quelle indicate.

Se la Corte Costituzionale ha reputato che quella legge avesse una forma di lacuna, una qualche sorta di lacuna con riguardo a quei casi in cui la persona si trova dipendente da trattamenti salvavita e che in questi casi, così come può scegliere il cosiddetto rifiuto di un nuovo trattamento o la rinuncia a uno già in atto con naturalmente sedazione, ecc. ecc. può anche chiedere, diciamo così, di essere direttamente fatto morire, a me sembra che questa eccezione introdotta dalla Corte debba essere interpretata in buona fede senza risultare un grimaldello per far saltare ogni equilibrio fissato dalla legge n. 219/2017. Perciò fuori dall'argomento del pendio scivoloso l'eccezione che la corte introduce in modo francamente discutibile debba operare come una limitatissima eccezione e sempre che

vi sia una salvaguardia del ruolo del medico il quale non può, come vediamo anche dalla risultanze europee, essere obbligato a fare l'esecutore di grazia. Certo, il fatto che la Corte ignori i medici, nonostante siano la categoria professionale direttamente coinvolta dalla sua pronuncia, è quantomeno singolare. Non una parola è riservata al codice deontologico e al fatto che esso prevede all'art. 17 che è rubricato Atti finalizzati a provocare la morte che «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte». Se non si vuole interpretare l'ordinanza della Corte costituzionale come una sorta di eterodeterminazione del medico in contrasto colla deontologia, il meno che si dovrebbe ammettere è proprio la possibilità dell'obiezione di coscienza in questi casi. Del resto, è la stessa Corte a invitare il legislatore a valutarne l'introduzione per queste ipotesi e il rinvio che la Corte fa alla disciplina della legge n. 219/2017 dovrebbe a mio parere ulteriormente confermare il rilievo dell'obiezione di coscienza dal momento è la legge stessa a richiamare la deontologia medica.

Clausole di salvaguardia per il medico possono essere trovate in vari modi, secondo me quella più seria è l'obiezione di coscienza, ma se ne possono pensare in vari modi.

Io però, siccome sono stato in questa sala già una volta e mi sono trovato a parlare di dignità umana, vorrei riprendere quel filo che ho ritrovato di nuovo in questa occasione dove pure ho sentito di parlare di dignità umana, questa volta nel fine vita. In particolare, lo vorrei fare per stigmatizzare una parte dell'Ordinanza della Corte costituzionale e che presumo si ritroverà anche nella sentenza della Corte Costituzionale.

Si tratta del passaggio in cui il concetto di dignità umana è soggettivizzato («Si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost.»), peraltro senza alcuna argomentazione come se non si trattasse di una svolta di notevolissimo rilievo costituzionale. E lo fa in modo che non sembra nemmeno tanto coerente con l'affermazione secondo cui l'incriminazione dell'aiuto al suicidio trova la sua principale ragion d'essere nella tutela dei più deboli, a prescindere quindi da ciò che formalmente possa sembrare la loro autorappresentazione, se cioè essi possano pensare di vivere una condizione di vita poco dignitosa a causa della loro stessa debolezza. «E la ragione atta a giustificare, agli effetti dell'art. 8, paragrafo 2, CEDU, simili incriminazioni è stata colta proprio nella finalità – ascrivibile anche alla norma qui sottoposta a scrutinio – di protezione delle persone deboli e vulnerabili (Corte EDU, sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito)».

Invero, la dignità umana trova la sua ragion d'essere proprio finché rimane distinta dalle singole prerogative della persona, inclusa l'autodeterminazione, in modo da comprendere tutte le situazioni in cui la persona è più fragile. Anche l'autodeterminaziuone infatti è fondata sulla dignità umana e quindi non può negarla. Altrimenti, si rischia di ritornare a concezioni come quella di Cesare Lombroso (Troppo presto. Appunti al nuovo progetto di codice penale, Fratelli Bocca, Torino 1888, pp. 38 ss.) che criticava l'eccesso di severità della incriminazione dell'aiuto al suicidio con parole come le seguenti: «"Se, lasciando le pure astrazioni, noi interroghiamo la scienza della vita, questa ci mostra, scrivono Caluci e Ferri, per di più che l'interesse della società all'esistenza di ciascuno de' suoi membri non è assoluto, ma scema anzi di molto, cessa anzi nei casi appunto della morte volontaria. Bisogna aver la franchezza di portare nella scienza del diritto i fatti constatati dalla biologia, perché il diritto deve pure essere la norma della vita. Ora la biologia dimostra che nella lotta per l'esistenza soccombono i più deboli, i meno atti alla vita sociale; ed una appunto delle forme di questa sconfitta è il suicidio, che, al dire di Haeckel, è una valvola di sicurezza per le generazioni future, cui risparmia un triste e fatale retaggio di nevrosi, cioè di dolore; ed è, al dire di Bagehot, uno degli strumenti del miglioramento umano per via di selezione" (Caluci, nel Ferri, L'Omicidio-Suicidio, 2a ediz., Fratelli Bocca, 1884). Altrettanto scrisse Morselli. Ed io e Ferri dimostrammo che il suicidio è in antagonismo coll'omicidio, ne è una vera valvola di sicurezza, sicché dove l'uno predomina scema l'altro, quindi da questo lato il suicidio è anzi di un vero vantaggio alla sicurezza sociale».

Qualunque cosa si pensi dell'aiuto al suicidio, è proprio qui, in una necrofila mortificazione della dignità umana, che secondo me che dobbiamo evitare di cadere. Vi ringrazio.

LA FALSA ANALOGIA TRA RIFIUTO/RINUNCIA ALLE CURE E SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

Antonio Da Re - Ordinario Filosofia Morale Unipd - Componente CNB

1. Introduzione

Nella mia relazione prenderò in esame l'ordinanza 207/2018 della Corte Costituzionale. Anticipo già la tesi che cercherò di argomentare: a mio parere, l'ordinanza 207 si basa su un'equiparazione impropria tra due situazioni assai differenti dal punto di vista morale.[1] Vi è infatti una differenza, moralmente rilevante, tra rifiuto e rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Vi riassumo brevemente il percorso su cui si snoderà la mia riflessione: dopo aver esposto brevemente i contenuti dell'ordinanza 207, cercherò di mostrare perché tale analogia, introdotta fra le argomentazioni della Corte, sia indebita e anzi configuri quella che in logica è una vera e propria fallacia. Più precisamente, la fallacia della falsa analogia si presenta perché, dalla rilevazione dell'esistenza di qualche elemento comune tra le due situazioni considerate (rifiuto-rinuncia e aiuto al suicidio), si trae la conclusione scorretta che esse sarebbero tra loro del tutto simili. Cercherò quindi di articolare il giudizio critico sulla falsità di tale analogia, prendendo in considerazione quattro momenti ovvero 1) la distinzione tra uccidere e lasciar morire e la diversa responsabilità del medico che ne consegue, 2) la distinzione tra morte naturale e morte dignitosa, 3) l'ambiguità del termine farmaco,

1 Ho dedicato un'analisi circostanziata all'ordinanza 207/2018 nel seguente saggio scientifico: *La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018*, in "Medicina e Morale. Rivista internazionale di Bioetica", 68 (2019), n. 3, pp. 281-295. In questa sede ripropongo in forma sintetica le argomentazioni che lì vi avevo svolto. Al saggio pubblicato nella rivista "Medicina e Morale" rinvio per ulteriori delucidazioni sul tema qui affrontato, oltre che per alcune informazioni sulla bibliografia critica.

che sembra riproporre il carattere polivoco del termine greco *pharmakon* e infine 4) la trasformazione della relazione di cura. Seguiranno in conclusione alcune osservazioni sulla sentenza 242 della Corte del 25 settembre 2019, che in qualche misura sembra ridimensionare la portata dell'analogia fatta valere nell'ordinanza.

2. Il reato di aiuto al suicidio e la possibile eccezione identificata da quattro requisiti

In primo luogo va ricordato come l'ordinanza 207 non abbia affatto sdoganato - per così dire - il suicidio assistito, e ciò andrebbe ben rimarcato, anche a fronte di interpretazioni del tutto fuorvianti comparse in quest'ultimo anno in organi di stampa e non solo. La prima parte dell'ordinanza, infatti, precisamente quella che comprende i paragrafi dal n. 1 al n.7, ribadisce come l'aiuto al suicidio sia un reato che come tale non può essere giustificato e legalizzato. Pertanto, a fronte delle riserve che erano state sollevate dalla Corte d'Assise di Milano riguardo all'art. 580 cod. pen., la Consulta assume una posizione molto netta e dichiara come l'art. 580 del Codice penale sull'aiuto al suicidio continui a mantenere la sua giustificazione e non sia contrario alla Costituzione. Quindi, da un lato l'aiuto al suicidio viene considerato un reato e ciò viene ribadito in modo molto chiaro; dall'altro, nella seconda parte (paragrafi dall'8 al 10), si sostiene che in alcuni casi particolarissimi e a determinate condizioni l'aiuto al suicidio, nei termini di una assistenza *medica* al suicidio, può non essere considerato un reato. Infine, nel paragrafo 11 la Corte stabilisce di rinviare il giudizio sul caso in questione al 24 settembre 2019 in attesa dell'intervento del Parlamento, che come sappiamo non c'è stato.

Ora, entrando più direttamente nel merito dei contenuti dell'ordinanza, in essa inizialmente si sostiene come l'art. 580 cod. pen. non sia incompatibile con la Costituzione. La ragione di ciò risiede fondamentalmente nel fatto che il reato di assistenza al suicidio, previsto dall'art. 580, è un presidio a tutela della vita, specie delle persone più deboli e vulnerabili. La Corte arriva anzi a sostenere che lo Stato ha il dovere di approntare tutte le misure affinché la vita di ogni individuo sia adeguatamente tutelata, "non quello diametralmente opposto di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire" [1, parag. 5]. Qui l'opposizione nei confronti del suicidio assistito è netta. E tuttavia, secondo la Corte vi sono delle situazioni particolarissime e drammatiche in cui il valore della vita richiede di essere bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti. Quali sono queste situazioni particolarissime e drammatiche? Sono identificate da quattro requisiti, da quattro condizioni che devono essere tutte presenti, affinché si possa parlare di quella situazione particolarissima per la quale eccezionalmente si può prevedere una qualche deroga all'art. 580 cod. pen. La prima condizione è che la persona sia affetta da una patologia irreversibile, la seconda che questa patologia sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche giudicate intollerabili dalla persona medesima, la quale - terza condizione, la più restrittiva - sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; infine - ultima condizione - la persona dev'essere, al momento che avanza la richiesta di aiuto al suicidio, pienamente capace di prendere delle decisioni libere e consapevoli.

3. La legge 219 e il rispetto della deontologia medica

La Corte suggerisce poi al legislatore una possibile via d'uscita che consenta di riconoscere l'eccezionalità di tali situazioni estreme, senza per questo far venire meno il presidio rappresentato dall'art. 580. Più precisamente essa propone di integrare la legge 219 su "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", che era stata approvata solo pochi mesi prima dell'intervento della Corte, precisamente nel dicembre del 2017. Si tratta di una proposta a mio parere molto opinabile, che nasce dall'assunto di fondo che non vi sia una sostanziale differenza tra rifiuto e rinuncia alle cure- espressamente ammessi, a determinate condizioni, dalla L. 219 - e suicidio medicalmente assistito. Lasciamo da parte il fatto che la legge era entrata in vigore da pochi mesi al momento della pronuncia della Consulta, quindi non aveva ancora avuto modo di manifestare i suoi effetti sul piano delle pratiche giuridiche e delle pratiche sociali; sta di fatto che la proposta della Corte finisce per modificare radicalmente, anzi per stravolgere, una legge dalla chiara finalità antieutanasica. A sostegno di questa affermazione, che so non essere condivisa da alcuni, si potrebbe far valere quanto sostenuto dalla relatrice di maggioranza, on. Donata Lenzi, durante il dibattito parlamentare che ha poi portato all'approvazione della legge sulle disposizioni anticipate di trattamento; tuttavia questo argomento ha un valore relativo. E allora, ancor più rilevante è lo stesso dettato della legge, precisamente l'art. 1, comma 6, ove si afferma espressamente che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge (e - fino a prova contraria - al momento dell'approvazione di tale legge vigeva il 580 cod. pen.); non solo, in essa si afferma che il paziente non può esigere trattamenti contrari alla deontologia professionale. È questo un punto molto significativo, che mostra quanto il legislatore nella 219 sia stato attento all'autonomia professionale dei medici, valorizzando la loro deontologia, al contrario invece di quanto avviene nell'ordinanza della Corte, ove stranamente, pur parlando di assistenza *medica* al suicidio non si menziona mai la deontologia medica.

Affermando che il paziente non può richiedere al medico atti contrari oltre che alla legge alla deontologia, e quindi non può richiedere un atto eutanasico o di aiuto al suicidio, vietato dall'art. 17 del Codice di deontologia medica, la legge 219 da un lato riconosceva e valorizzava l'autonomia del paziente, dall'altro però indicava saggiamente come tale autonomia dovesse tener conto dell'autonomia del medico, il quale proprio per questo non può essere considerato un mero esecutore di volontà altrui. Tale dialettica, complessa ma inevitabile, non viene invece presa in esame dalla Corte. Che poi la legge 219 abbia una finalità antieutanasica è indirettamente dimostrato dal fatto che la Corte, nel momento in cui si trova nella necessità di dar conto di quelle situazioni estreme e della possibile deroga al divieto di aiuto al suicidio, è costretta a richiedere un intervento esplicito sulla 219, cioè una sua integrazione, proprio perché la fattispecie dell'aiuto al suicidio lì non era minimamente contemplata.

La legge 219, infatti, senz'altro valorizza la possibilità per il paziente di rifiutare e di rinunciare alle cure; essa però stabilisce una chiara differenziazione tra rifiuto e rinuncia da un lato e suicidio medicalmente assistito dall'altro. Questa netta diversificazione viene meno nell'ordinanza della Corte; o, meglio, non viene meno in assoluto, ma solo per quei casi particolarissimi identificati appunto dalle quattro condizioni. Ne consegue che l'ordinanza fa valere la tesi della sussistenza di un'analogia tra situazioni, che sono però tra loro assai diverse; per questo motivo altrove ho parlato, a tale proposito, di una falsa analogia tra il lasciar morire e

l'uccidere: l'atto di provocare la morte di un paziente non è moralmente equivalente a lasciarlo morire, vuoi decidendo di non avviare un trattamento sanitario di sostegno vitale, vuoi sospendendolo. Qui purtroppo il tempo a disposizione è quello che è; dobbiamo però essere un po' precisi nella terminologia e nella necessaria considerazione delle distinzioni presenti, evitando di assumere la logica dell'indifferenziato (che altro non è, per dirla in modo più terra terra, la logica del fare di ogni erba un fascio). In bioetica e in diritto (ma anche nella pratica medica) dobbiamo diffidare di questa deriva astratta e in definitiva ideologica, che accomuna ciò che non può essere accomunato, e che perciò non è in grado di dar conto della complessità dell'esperienza e della diversità delle situazioni nelle quali ci imbattiamo.

4. La distinzione tra uccidere e lasciar morire e la diversa responsabilità del medico

Per esempio, la distinzione tra uccidere e lasciar morire non è equiparabile in toto a quella tra azione e omissione. Qualcuno giustamente ha osservato che anche il lasciar morire, ad esempio interrompendo un trattamento, richiede una qualche azione del medico; la stessa ordinanza parla di un intervento causale del medico e quindi trae la conclusione (indebita) che siccome si dà un agire del medico anche sospendendo o non avviando un trattamento, allora non vi sarebbe una vera e propria differenza rispetto al suicidio medicalmente assistito. Personalmente sono dell'opinione invece che potrebbero qui tornare utili le distinzioni proposte da una filosofa morale, Philippa Foot. Più che interpretare la distinzione tra uccidere e lasciar morire nei termini rispettivamente dell'azione e dell'omissione, Foot propone di distinguere da un lato l'agire, il fare, il *doing*, e dall'altro il permettere, l'*allowing*. Il lasciar morire, allora, rientra in questa sfera del permettere, che a sua volta si può tradurre in un'omissione quando ci si astiene dall'iniziare un trattamento, ma si può tradurre anche in un'azione nel caso in cui s'interrompa il trattamento. In altri termini ciò che contrassegna il lasciar morire a rigore è l'atto del permettere e non tanto l'omissione che può esserci in alcuni casi, ma non in altri.

Ugualmente quando parliamo di uccidere o lasciar morire dobbiamo essere consapevoli che non è detto che l'uccidere sia sempre riprovevole. Nella storia del pensiero morale, sia filosofico che teologico, si è arrivati per esempio a considerare la legittimità - a determinate condizioni, in verità molto stringenti - della legittima difesa e quindi ad ammettere che in casi estremi l'uccisione può trovare una qualche giustificazione; e d'altro canto, non è detto che il lasciar morire sia sempre ammissibile: per esempio esso è moralmente colpevole quando per esempio si ricerca intenzionalmente la morte del paziente, astenendosi o sospendendo le cure proporzionate, dovute, e rispetto alle quali, magari, il paziente non ha espresso alcuna volontà di rifiuto o rinuncia. Resta valido però che in linea di principio l'uccidere sia *prima facie* moralmente e giuridicamente assai più problematico del lasciar morire, tant'è che la parte introduttiva dell'ordinanza ricorda appunto come l'aiuto al suicidio sia un reato, giustificato come forma di tutela soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili.

Ne consegue che la stessa responsabilità del medico cambia profondamente a seconda che esso sia chiamato ad astenersi da un trattamento oppure a sospenderlo, sempre che appunto le condizioni lo giustifichino, o al contrario sia chiamato a un intervento diretto nel dare la morte. Indubbiamente vi è un elemento analogico tra le due tipologie e questo risiede nel fatto che in entrambi i casi, si tratti di lasciar morire o di uccidere, il medico accoglie la richiesta del paziente. Sia che questi esprima la volontà di rinunciare alle cure e di essere accompagnato alla morte oppure voglia essere aiutato nel suo suicidio, ebbene in entrambi i casi il medico è posto di fronte all'interrogativo di accogliere o meno la richiesta del paziente. Vi è quindi un elemento analogico costituito dalla richiesta del paziente e dall'eventuale accoglimento di tale richiesta da parte del medico; ma vi è poi una profonda differenza, che qui non posso argomentare in modo analitico, se non per brevissimi cenni (per un'esposizione più approfondita rinvio al mio saggio, già citato, ospitato dalla rivista "Medicina e Morale").

Innanzitutto vi è una diversità considerevole riguardo alla determinazione di ciò che causa la morte: un conto è che questa venga provocata dal medico stesso in concorso con il paziente attraverso la somministrazione di una sostanza letale, un conto è che la morte sia l'effetto del decorso della patologia. Così pure una differenza fondamentale concerne l'elemento dell'intenzionalità: l'intenzione di procurare la morte non è equiparabile a quella di alleviare il dolore. Merita qui ricordare un famoso discorso di Pio XII del 1957, che ripropone il principio del cosiddetto duplice effetto; tra l'altro il discorso di Pio XII è l'unico documento a essere espressamente citato nel celebre Harvard Report (1968), che introduce il cosiddetto criterio neurologico di determinazione della morte. Ebbene Pio XII sostiene la piena legittimità della somministrazione di antidolorifici come la morfina, nonostante essi possano abbreviare il decorso che porta alla morte; l'intenzione infatti che muove alla somministrazione degli antidolorifici non è quella di provocare la morte, bensì di alleviare il dolore. Ciò che viene intenzionato è pertanto il sostegno al malato nel lenire le sue sofferenze: questa è la conseguenza che viene propriamente intenzionata. Con ciò non si esclude che si possa produrre come effetto secondario una accelerazione del processo di morte, che tuttavia, a determinate condizioni, è giustificata perché essa non è il fine propriamente perseguito dall'atto medico.

5. Morte naturale e morte dignitosa

Un altro elemento sul quale si fonda la falsa analogia di cui si è detto riguarda la distinzione tra morte naturale e morte dignitosa. Qualcosa è già stato detto molto opportunamente da chi mi ha preceduto ma non c'è dubbio che la tendenza a valorizzare, come fa la legge 219, l'istituto del rifiuto e della rinuncia alle cure si possa leggere anche come una ricerca di maggiore naturalità, ovvero come un tentativo di appropriarsi del processo stesso del morire e degli ultimi istanti di vita, respingendo il ricorso a ciò che con un'espressione non del tutto corretta viene denominato "accanimento terapeutico". L'elemento della naturalità che solitamente si fa valere quando si parla appunto di rifiuto e rinuncia del trattamento consiste appunto nel non voler essere sottoposti a una morte anonima, spesso decontestualizzata, in una struttura magari fredda, asettica, tecnicizzata. A differenza del criterio del voler morire con naturalità o, almeno, con maggiore naturalità, la Corte fa valere invece il criterio della dignità, che a dire il vero è pure presente con qualche accento un po' ambiguo nella stessa legge 219.

La problematicità di tale criterio deriva dalla sua declinazione in termini soggettivistici, che nell'ordinanza della Corte assume un rilievo esorbitante e fondante, ben più di quanto non avvenga nella L. 219. La dignità alla fine viene a dipendere in toto dall'autodeterminazione del soggetto, con la quale finisce con il sovrapporsi. Sulla base di un'accezione soggettivizzata della dignità si può arrivare a

sostenere che alcune morti avrebbero dignità, altre no, o che alcune vite o esperienze del fine vita avrebbero dignità e altre no. Personalmente non credo che questo sia un argomento corretto: la vita di ciascuno di noi ha sempre e comunque dignità e la morte di ciascuno di noi ha sempre e comunque dignità. Dalla soggettivizzazione della dignità si passa poi a far valere un criterio di tipo temporale, che a me sembra francamente molto debole all'interno dell'argomentazione della Consulta. La determinazione di tale criterio temporale spetta addirittura ai parenti, con conseguente e paradossale sottovalutazione di qualsiasi principio di autodeterminazione in capo al paziente stesso. Infatti nell'ordinanza si afferma che l'attivazione della sedazione profonda e l'interruzione dei presidi vitali configurerebbero un processo di morte più lento rispetto alla morte rapida garantita dall'assistenza al suicidio; come tale, un tale processo temporalmente più lungo sarebbe per il malato qualcosa di contrario alla propria idea di morte dignitosa e risulterebbe più gravoso per le persone che gli sono care. In altri termini, qui si sta sostenendo che l'ipotesi costituita dalla rinuncia alle cure, persino di sostegno vitale, potrebbe anche essere presa in considerazione, salvo constatare la sua non giustificabilità in forza della maggiore durata temporale che essa implica. Di qui la decisione di preferire l'opzione costituita dal suicidio medicalmente assistito.

6. I significati del pharmakon e la relazione di cura

Un altro elemento a partire dal quale si cerca di argomentare questa presunta analogia è l'uso indifferenziato del termine farmaco, che - come ci indica l'originale greco *pharmakon* - nella sua ambiguità può significare sia il medicamento curativo, che il veleno. Ebbene, l'ordinanza traccia una linea di continuità a mio parere del tutto impropria tra il farmaco che cura, al quale il paziente può anche rinunciare invocando per sé una morte naturale o almeno più naturale, e il farmaco come veleno, che aiuta a morire grazie alla mediazione di altri. Ne consegue alla fine una trasformazione radicale della figura del medico, il quale da colui che cura e allevia il dolore diventa anche colui che dà la morte. Non credo francamente che questa trasformazione sia poi così irrilevante e possa essere considerata innocua; contrariamente a quanto sostiene la Corte, una simile estensione dei compiti del medico difficilmente può continuare a fondarsi sul medesimo rapporto di fiducia e di cura che, come dice la legge 219, dovrebbe ispirare e giustificare la relazione di cura anche nel momento in cui eventualmente il paziente chiedesse di rinunciare al trattamento medico.

7. Conclusione: la sentenza 242 del 25.9.2019. Un postscriptum

Nel momento di stendere il testo scritto della relazione tenuta il 18 ottobre 2019 al convegno della Fnomceo, era già stato pubblicato il testo della sentenza 242 del 25 settembre 2019. Come era prevedibile, l'impianto della sentenza ripropone nella sostanza l'analogia tra rifiuto/rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, in modo assai più netto di quanto non avvenisse nell'ordinanza 207, nella sentenza emergono anche, finalmente, gli elementi di differenziazione tra le due fattispecie considerate. Se da un lato infatti, sulla base della L. 219, il rifiuto e la rinuncia al trattamento medico delineano un diritto del paziente, che il medico è tenuto a rispettare, nei limiti ovviamente di quanto previsto dall'art. 1, c. 6 (le richieste del paziente non devono essere contrarie alla legge e alla deontologia), lo stesso non si può dire del suicidio medicalmente assistito. Quest'ultimo - secondo la sentenza 242 - non configura né un diritto soggettivo del paziente, ossia una pretesa legalmente tutelata di poter essere assistito dal medico a dar corso alla propria intenzione suicidaria, né correlativamente per il medico un obbligo, giuridicamente sanzionato, di aiutare il paziente a realizzare tale intenzione; esso piuttosto è un fatto che in via del tutto eccezionale si stabilisce non sia punibile penalmente, quando il medico presti la sua assistenza in casi estremi (e solo ed esclusivamente in essi), ovvero casi contraddistinti dai quattro requisiti di sopra.

Forse l'elemento che al riguardo suscita maggiore interesse, anche perché fa emergere la diversità dell'approccio adottato dalla sentenza rispetto a quello dell'ordinanza, riguarda l'istituto dell'obiezione di coscienza. L'ordinanza ne parlava espressamente e anzi invitava il legislatore a prevederla, nel regolare il suicidio medicalmente assistito sia pure per i casi estremi di cui si è detto. Ora, nella sentenza, non si avverte più la necessità di parlare di obiezione di coscienza. Il motivo di questa scelta è molto semplice: il suicidio assistito di norma non è pensabile come un diritto del paziente; di conseguenza esso non comporta neppure un obbligo da parte del medico. Così infatti si esprime la Corte al punto 6 della Sentenza: "Quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato". Insomma, potrà presentarsi in futuro il caso estremo e drammatico di un paziente che si trovi in condizioni simili a quelle di DJ Fabo e che avanzi la sua medesima richiesta di aiuto al suicidio. Sollecitato dal paziente a intervenire, un medico potrà esimersi dal farlo perché non avrà alcun obbligo giuridico al quale sottostare; egli d'altro canto potrà anche accogliere la richiesta del paziente e allora si dovrà attivare una procedura di controllo, con necessario coinvolgimento di un comitato etico (altra novità presente nella sentenza e non prevista nell'ordinanza): resta inteso comunque che l'atto del medico rimane pur sempre qualcosa di eccezionale e come tale non perseguibile penalmente. Venendo meno l'obbligo giuridico per il medico di prestare assistenza al suicidio, viene meno anche la possibilità di derogare a tale obbligo per ragioni etiche e deontologiche: di qui la decisione del tutto logica di non prevedere la possibilità dell'obiezione di coscienza.

In conclusione, la lunga discussione di carattere giuridico e bioetico innestata dalla Consulta con l'ordinanza 207 ha fatto emergere, nell'opinione pubblica e nel mondo scientifico e accademico, posizioni molto articolate e differenziate, di cui poi la stessa Corte sembra in qualche misura aver tenuto conto, ridimensionando con la sentenza 242 la portata del suo precedente intervento. Che poi tutta la discussione abbia riguardato il suicidio *medicalmente* assistito a partire dall'incriminazione di Marco Cappato, che medico non è e che si è limitato ad accompagnare in Svizzera DJ Fabo, questo - per lo meno a un non giurista come il sottoscritto - risulta essere piuttosto insolito e poco comprensibile. In tale discussione la Fnomceo ha svolto un ruolo di primo piano, specie nel rivendicare la centralità della deontologia professionale, di nuovo stranamente dimenticata dalla Corte anche nella sentenza, oltre che nel pronunciamento precedente. Resta il fatto che nel corso di un anno abbiamo assistito a una modifica significativa: l'approccio della sentenza appare essere sicuramente più

equilibrato e meno dipendente dall'ipotesi, fallace, dell'analogia tra rifiuto e rinuncia alle cure da un lato e suicidio medicalmente assistito dall'altro. Rimangono ovviamente degli elementi di continuità con i contenuti dell'ordinanza, a partire dall'argomento molto labile del criterio temporale, che nel caso dell'assistenza al suicidio sarebbe maggiormente apprezzabile perché di minore durata. Ma che alla fine il medico non sia obbligato per legge a compiere un atto vietato dalla propria deontologia non può che essere visto con favore.

SECONDA SESSIONE
Confronto di idee su "Il fine vita"

Presidenti: Filippo Anelli, Pierantonio Muzzetto

Moderatore: Claudio Buccelli - Ordinario Medicina Legale Unina - Componente CND Fnomceo

I TORMENTI DEL CORPO E LE FERITE DELL'ANIMA: LA RICHIESTA DI ASSISTENZA A MORIRE E L'AIUTO AL SUICIDIO

Stefano Canestrari - Ordinario di Diritto Penale Unibo - Componente CNB

Sommario: Parte I. – 1. La questione di legittimità costituzionale sollevata dai giudici milanesi. – 2. Rifiuto delle terapie e rinuncia al proseguimento del trattamento sanitario nell'ambito della relazione paziente-medico. – 3. Trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza e ruolo del medico. – 4. Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. – 5. La questione dello statuto giuridico del suicidio. – Parte II. – 6. L'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018. – Parte III. – 7. Il suicidio e le ferite dell'anima. – 8. I tormenti del corpo e le richieste di aiuto a morire. – 9. Patologie e libertà di scelta. – 10. Cenni sul dibattito internazionale. – 11. L'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore: un diritto umano fondamentale.

I.

1. La questione di legittimità costituzionale sollevata dai giudici milanesi.

La Corte costituzionale era chiamata a pronunciarsi sulla legittimità del delitto di istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c. p.) nell'ambito della vicenda giudiziaria che vede imputato Marco Cappato in relazione al suicidio di Fabiano Antoniani (detto DJ Fabo) presso l'associazione svizzera "*Dignitas*". La questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte d'Assise di Milano con ordinanza del 14 febbraio 2018[2] ha ad oggetto l'incriminazione dell'aiuto al suicidio "nella parte in cui" prescinde dal contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio, con riferimento agli artt. 3, 13, comma 1, 117 Cost. in relazione agli artt. 2 e 8 della CEDU. La pronuncia milanese censura poi la cornice edittale di pena prevista nell'art 580 c.p. riguardo agli artt. 3, 13, 25, comma 2, 27 comma 3 Cost.

L'impostazione proposta dai giudici milanesi si fonda principalmente sull'avvenuto riconoscimento, con la legge n. 219 del 2017, del «diritto di ciascuno di autodeterminarsi anche in ordine alla fine della propria esistenza». La rimodulazione del bene giuridico tutelato dall'art. 580 c.p. nella libertà di autodeterminazione del soggetto «rende ingiustificata» – secondo l'ordinanza di rimessione – «la sanzione penale nel caso in cui le condotte di partecipazione al suicidio siano state di mera attuazione di quanto richiesto da chi aveva fatto la sua scelta liberamente e consapevolmente».

Tale ricostruzione non è stata accolta dall'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale.

2. Rifiuto delle terapie e rinuncia al proseguimento del trattamento sanitario nell'ambito della relazione paziente-medico.

In relazione alla legge 22 dicembre 2017, n. 219 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), la Corte afferma con estrema chiarezza che tale recente disciplina «riconosce ad ogni persona "capace di agire" il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza […] 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»[3].

Ed invero, la legge n. 219/2017 colloca con nettezza il rifiuto e la rinuncia al trattamento sanitario all'interno delle medesime coordinate normative del consenso informato[4], «nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» (art. 1, comma 2). La volontà di rifiutare o di rinunciare consapevolmente ai trattamenti sanitari, compresi quelli necessari per il mantenimento in vita, si presenta – al pari della speculare prestazione del consenso informato – quale possibile esito di un percorso informativo e comunicativo che si snoda attraverso le dinamiche del rapporto paziente-medico[5].

In particolare, come ho più volte rimarcato[6], la tragicità delle ragioni che fondano

2 * Si tratta di una versione dello scritto analoga a quella già pubblicata nel volume collettaneo *Il caso Cappato: riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, a cura di F.S. Marini e C. Cupelli, Napoli, ESI, 2019.
Pubblicata in *www.penalecontemporaneo.it*, 16 febbraio 2018 con i commenti di P. Fimiani, *Le responsabilita penali nelle scelte di fine vita in attesa della Corte costituzionale nel caso Cappato*, 22 maggio 2018; A. Massaro, *Il "Caso Cappato" di fronte al giudice delle leggi: illegittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio?*, 14 giugno 2018; R. Bartoli, *Ragionevolezza e offensività nel sindacato di costituzionalità dell'aiuto al suicidio*, 2018, fasc. 10, 97 ss.

3 Corte cost., ord. n. 207/2018, par. 8 del *Considerato in diritto*.

4 L'ordinanza della Corte ribadisce che il principio del consenso informato trova fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione (sentenza n. 438 del 2008) svolgendo una «funzione di sintesi» tra il diritto all'autodeterminazione e quello alla salute (sentenza n. 235 del 2009).

5 Sia consentito il rinvio a S. Canestrari, *I fondamenti del biodiritto penale e la legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in *RIDPP*, 2018, 55 ss., spec. 78 ss.

6 V., ad es., S. Canestrari, *Rifiuto informato e rinuncia consapevole al trattamento sanitario da parte di paziente competente*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, vol. *Il Governo del corpo*, t. II, a cura di S.

un rifiuto o una rinuncia a trattamenti sanitari "*life-saving*" comporta necessariamente che l'investimento emotivo e l'impegno comunicativo tra i protagonisti della relazione di cura raggiungano la massima intensità. La complessità delle questioni in gioco e l'estrema delicatezza degli interessi coinvolti hanno sollecitato la significativa presa di posizione della legge n. 219 del 2017, nel senso di favorire un rafforzamento dell'elemento fiduciario e del carattere collaborativo che contrassegnano il rapporto di alleanza terapeutica.

L'art. 1 afferma, al comma 5: «Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». L'obiettivo lodevole è quello di scongiurare il rischio che il diritto al rifiuto delle cure si traduca in potenziale veicolo di condotte di "abbandono terapeutico".

Anche in questa sede giova infatti richiamare l'attenzione su un duplice rischio. Da un lato, quello per cui il rifiuto di cura possa scaturire da un senso di "ripudio" verso l'atteggiamento di aggressività diagnostico-terapeutica e di reificazione/alienazione della persona sofferente, amplificato dall'attuale tendenza a un eccesso di razionalizzazione e aziendalizzazione dei servizi medico-assistenziali. Dall'altro, il rischio che il paziente si risolva a rifiutare le cure per timore che le carenze dei servizi di assistenza ai malati – e il conseguente trasferimento del carico di cure sulla cerchia familiare – lo consegnino ad una situazione di "solitudine" e di "abbandono" terapeutico e assistenziale[7].

Ai nostri fini occorre ribadire che il legislatore del 2017 è pienamente consapevole che il rifiuto e la rinuncia di trattamenti sanitari si pongono non all'esterno della relazione medico-paziente né in contrapposizione ad essa, ma anzi rappresentano l'esito di una scelta maturata all'interno del rapporto di alleanza terapeutica, con il compito del medico di accertare i requisiti di validità del rifiuto/rinuncia (personale, reale, informato, chiaramente espresso e attuale).

3. Trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza e ruolo del medico.

La concezione del rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari calata nelle dinamiche medico-paziente conduce alla formulazione di una riflessione di particolare importanza. La tragicità e l'irreversibilità del rifiuto di trattamenti sanitari salvavita non può che supportare la convinzione che questa scelta debba rappresentare l'*extrema ratio*, l'opzione ultima. Tuttavia, ciò non significa che il rifiuto informato a trattamenti sanitari *quoad vitam* debba essere ritenuto rarissimo e assolutamente eccezionale così da non essere considerato un diritto da "prendere sul serio". Come si è osservato, la legge n. 219/2017 afferma con nettezza che il diritto di rifiutare o rinunciare a trattamenti sanitari anche salvavita rappresenta un profilo caratterizzante l'ispirazione personalistica posta a base dei principi convenzionali e costituzionali: ciò detto, appare evidente che si deve abbandonare definitivamente l'espressione tradizionale ma del tutto impropria di "eutanasia passiva consensuale".

In coerenza con i principi enunciati, il comma 6 dell'art. 1 (l. n. 219/2017) – richiamato anche dall'art. 4, comma 5 in riferimento alle disposizioni anticipate di trattamento – afferma che 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».

Si assiste dunque ad una "certificazione" del "diritto dei principi" – alla quale allude la stessa ordinanza della Corte costituzionale – che aveva riconosciuto l'equivalenza normativa di due situazioni distinte solo sul piano naturalistico: l'ipotesi del rifiuto di trattamenti sanitari salvavita da parte di un paziente autonomo e il caso di rinuncia a trattamenti sanitari *quoad vitam* da parte di un paziente che richieda la loro sospensione o interruzione, operata tramite un'azione del medico (ad esempio la disattivazione di un sostegno artificiale).

Quest'ultima, come è noto, è la situazione più complessa in quanto la rinuncia alla prosecuzione del trattamento sanitario salvavita proviene da un paziente "competente" che si trova in condizioni di dipendenza ed è privo dell'autonomia fisica necessaria per attuare la propria volontà. L'orientamento prevalente della nostra letteratura penalistica ritiene che la liceità delle condotte attive del medico si fondi sulla scriminante dell'adempimento di un dovere terapeutico scaturente dall'articolo 32, co. 2, Cost., quello di interrompere il trattamento sanitario di fronte alla revoca del consenso da parte di un paziente consapevole ed informato. Analogamente, nella giurisprudenza italiana, si è espressa la celebre sentenza del GUP presso il Tribunale di Roma, relativa alla vicenda di Piergiorgio Welby, il quale, affetto dal 1963 da distrofia muscolare, aveva richiesto la disconnessione del ventilatore polmonare che lo teneva in vita e la somministrazione di sedativi per accompagnare il decesso[8].

In ogni caso, occorre essere pienamente consapevoli che il principio di divieto di trattamenti sanitari coattivi *ex* art. 32, co. 2, Cost. – sorretto dai principi di autonomia e dignità della persona che si desumono dal nostro sistema costituzionale – non può che essere ritenuto prevalente rispetto a quello della incondizionata tutela della vita umana. Nelle ipotesi qui in discussione, in cui il paziente rinuncia alla prosecuzione di un trattamento sanitario in atto, il diritto all'autodeterminazione del malato assume la consistenza dei diritti di *habeas corpus*: il diritto all'intangibilità della propria sfera corporea[9].

La previsione espressa di una causa di esenzione della responsabilità penale del medico nella legge n. 219/2017 non deve comunque ritenersi superflua. In assenza di una disposizione normativa così netta – e in attesa di una sua effettiva se-

Canestrari, G. Ferrando, C.M. Mazzoni, S. Rodotà, P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011, 1901 ss.

7 Cfr., in riferimento alla situazione italiana, il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente*, 24 ottobre 2008, redatto da chi scrive con il contributo di L. D'Avack e L. Palazzani.

8 Sulla sentenza del GUP, T. Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, si vedano i commenti, con argomentazioni non sempre coincidenti, di M. Donini, *Il caso Welby e la tentazione pericolosa di uno «spazio libero dal diritto»*, in *CP*, 2007, 903 ss.; S. Seminara, *Le sentenze sul caso Englaro e sul caso Welby: una prima lettura*, in *DPP*, 2007, 1561 ss.; F. Viganò, *Esiste un «diritto a essere lasciati morire in pace?». Considerazioni in margine al caso Welby*, in *DPP*, 2007, 5 ss.; D. Pulitanò, *Doveri del medico, dignità di morire, diritto penale*, in *RIML*, 2007, 1195 ss.; A. Vallini, *Lasciar morire chi rifiuta le cure non è reato. Il caso Welby nella visuale del penalista*, in *Dialoghi del diritto, dell'avvocatura, della giurisdizione*, 2008, 54; S. Canestrari, *Rifiuto informato e rinuncia consapevole*, cit., 1907.

9 Cfr. D. Pulitanò, *Doveri del medico, dignità di morire, diritto penale*, cit., 1204, laddove parla «dei diritti di inviolabilità del proprio corpo, del proprio essere vivente»; S. Canestrari, *Rifiuto informato e rinuncia consapevole*, cit., 1912.

dimentazione nella cultura e nella realtà sanitaria del nostro Paese – la paura del malato di poter essere irrevocabilmente vincolato alla prosecuzione della terapia provoca gravi distorsioni nella relazione di cura, peraltro accentuate nel contesto attuale, dove sono diffusi atteggiamenti di medicina difensiva, che conducono il medico a non rispettare la volontà del paziente per evitare il rischio di contenziosi. Mi limito qui a segnalare l'effetto tremendo e perverso – che ho posto più volte in evidenza nell'ambito del Comitato Nazionale per la Bioetica, in occasione della stesura del già citato Parere (*Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente*) – di finire per dissuadere il paziente a intraprendere un trattamento sanitario salvavita per il timore di rimanere in una «condizione di schiavitù» in cui viene negato valore ad una revocabilità o ritrattabilità del consenso a proseguirlo[10].

Ecco, allora, che appare assolutamente condivisibile la scelta del legislatore di non contemplare un'apposita norma che regolamenti l'obiezione di coscienza del medico (e degli operatori sanitari). La previsione di un diritto all'obiezione di coscienza nell'ambito della legge n. 219/2017 non sarebbe stata coerente con i presupposti di una disciplina che intende promuovere e valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico basata sul consenso informato – nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale del sanitario – senza richiedere contemperamenti tra valori confliggenti[11].

Il diritto inviolabile di vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – derivazione logica del diritto all'intangibilità della sfera corporea di ogni essere umano – costituisce principio indiscutibile e fondamentale degli ordinamenti di una moderna democrazia liberale[12] ribadito in modo inequivoco dalla legge n. 219 del 2017.

4. Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte.

Il rifiuto o la rinuncia a un determinato trattamento sanitario non comportano – il più delle volte – il rifiuto di ogni tipo di trattamento. In tale ambito è necessario sottolineare con favore la sensibilità del legislatore del 2017 verso il settore della medicina palliativa, indice dell'ormai diffusa consapevolezza che i doveri deontologici e professionali del medico si proiettano verso la tutela della salute in un'accezione ampia in cui risulta compreso anche l'alleviamento della sofferenza. L'art. 2 («Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita») prevede tre commi: «1) Il medico avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38. 2) Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della 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. 3) Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».

In questa sede è importante soffermarsi sull'ultima parte del secondo comma per precisare quando sia legittimo adottare, con il consenso del paziente, un protocollo di sedazione profonda e continua. Come ha sottolineato il CNB nelle raccomandazioni del documento "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte" (29 gennaio 2016)[13] occorre la presenza di tre situazioni contestuali: malattia inguaribile in uno stato avanzato; imminenza della morte, generalmente attesa entro poche ore o pochi giorni; presenza di uno o più sintomi refrattari alle terapie adeguatamente verificati o di eventi acuti terminali con grave sofferenza sia fisica che psichica.

Posto che la sedazione profonda applicata in modo appropriato – con un'adeguata verifica della mancata risposta dei sintomi alle terapie ed un uso proporzionato e monitorato dei farmaci[14] – non produce, di regola, l'accorciamento della vita del paziente ma talora la estende[15], è giunto il momento di abbandonare anche l'equivoca espressione "eutanasia indiretta"[16]. Ciò detto, è necessario porre in evidenza che la legge n. 219 del 2017 appare in piena sintonia con una *Raccomandazione* (n. 2) di fondamentale importanza del citato parere del CNB sulla sedazione, laddove si afferma che «anche il paziente che s'inserisce in un processo di fine vita a seguito del rifiuto o rinuncia di uno o più trattamenti sanitari o all'uso di tecniche strumentali di sostegno delle funzioni vitali ha diritto di beneficiare della terapia del dolore e in caso di sofferenze refrattarie della sedazione profonda e continua».

Sulla base delle considerazioni sin qui effettuate risulta evidente che la lettura del-

10 Sul punto, sia consentito il rinvio a S. Canestrari, *Una buona legge buona (DDL recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»)*, in *RIML*, 2017, 975 ss.; Id. *La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *LP*, dicembre 2018, 11. Tra i commenti della legge n. 219/2017 si segnalano nella letteratura giuspenalistica, O. Di Giovine, *Procreazione assistita, aiuto al suicidio e biodiritto in generale: dagli schemi astratti alle valutazioni in concreto*, in *DPP*, 2018, 917 ss.; G.M. Flick, *Dignità del vivere e dignità del morire. Un (cauto) passo avanti*, in *CP*, 2018, 2302 ss.; L. Eusebi, *Decisioni su trattamenti sanitari o «diritto di morire»? I problemi interpretativi che investono la legge n. 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte Costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *RIML*, 2018, 415 ss.; C. Cupelli, *Consenso informato, autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento*, in *disCrimen*, 2018, 1 ss. Nell'ambito di lavori monografici cfr. le riflessioni di A. Nappi, *Principio personalistico e binomi 'indissolubili'. Il primato dell'essere nell'incessante divenire della tutela penale*, Napoli, 2018, 188 ss.; A. Sessa, *Le giustificazioni procedurali nella teoria del reato. Profili dommatici e di politica criminale*, Napoli, 2018, 55 ss.

11 Sul punto cfr. l'autorevole presa di posizione di P. Zatti, *Spunti per una lettura della legge su consenso informato e DAT*, in *NGCC*, 2018, 247; conf. P. Borsellino, *Biotestamento: i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura*, in *F&D*, 2018, 8-9, la quale afferma con nettezza che l'introduzione dell'istituto dell'obiezione di coscienza avrebbe determinato lo «svuotamento del complessivo impianto di una legge che individua nella volontà del paziente l'imprescindibile presupposto per la messa in atto o la prescrizione di qualsiasi intervento sanitario».

12 V. S. Canestrari, *Principi di biodiritto penale*, cit., 67 ss., anche per ulteriori riferimenti bibliografici.

13 V. *www.bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte*

14 Si veda L. Orsi, *Sedazione terminale/palliativa: aspetti etici, quesiti clinici*, in *Riv. it. Cure palliative*, n. 2, 2012, 1 ss.; per la definizione di «refrattarietà del sintomo» si rinvia alle *Raccomandazioni della Società italiana di Cure Palliative (SICP) sulla sedazione terminale/sedazione palliativa*, 2007, 10.

15 Tra gli Autori consultati in occasione della stesura del parere del CNB, *Sedazione*, cit., si vedano E.M. Beuer, M. L. Van Driel, L. Mc Gregor, *Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults*, in *Cochraine Database Syst. Rev.*, 2015, 1.

16 In argomento, da ultimo T.D. Riisfeldt, *Weakening the ethical distinction between euthanasia, palliative opioid use and palliative sedation*, in *Journal of Medical Ethics*, 2018, 1-7.

la legge n. 219/2017 proposta dai giudici milanesi non poteva essere accolta dalla Corte costituzionale. Il legislatore del 2017 non riconosce un «diritto di ciascuno a determinarsi anche in ordine alla fine della propria esistenza» equiparando il diritto al rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza al c.d. "diritto al suicidio"[17]. L'ordinanza n. 207/2018 della Corte è pienamente consapevole che con l'entrata in vigore della normativa citata – il 31 gennaio 2018 – la legislazione del nostro Paese si allinea alle scelte dei principali ordinamenti degli Stati costituzionali di derivazione liberale i quali, da un lato, sanciscono il diritto al rifiuto/rinuncia a trattamenti sanitari anche salvavita e, dall'altro, vietano con sanzione penale l'eutanasia e qualsiasi forma di aiuto/assistenza al suicidio.

La differenza tra le due situazioni è chiara e costituisce un saldo presupposto delle argomentazioni svolte nell'ordinanza della Corte. Nel primo caso, l'esito letale è causato dalla malattia che fa il suo corso non contrastata da trattamenti sanitari rifiutati o non impedita da presidi sanitari cui il paziente ha il diritto di rinunciare; nella seconda ipotesi, il decesso non è determinato dalla patologia e la somministrazione di farmaci (come una dose letale di *pentobarbital* di sodio) ha come scopo quello di provocare con il consenso del paziente la sua morte immediata.

5. La questione dello statuto giuridico del suicidio.

L'ordinanza della Corte costituzionale non condivide inoltre l'ulteriore tesi della Corte rimettente: «neppure d'altro canto – contrariamente a quanto sostenuto dal giudice *a quo* – è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita, che il rimettente fa discendere dagli artt. 2 e 13, primo comma, Cost.»[18].

Prima di soffermarci sulla lettura dell'art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale vale la pena ricordare le diverse posizioni sulla qualificazione giuridica del suicidio.

Il fondamento dell'illiceità del suicidio viene ravvisato in un obbligo di tipo "solidaristico" di esercitare la somma di quei doveri verso la società – ad esempio, di cittadino, soldato, lavoratore, contribuente – che presuppongono la vita[19]. Com'è noto, tale visione pubblicistico-autoritaria del bene vita – tutelato non in sé ma in funzione di interessi esterni – costituisce la matrice ideologica del codice penale del 1930 e deve ritenersi superata con la promulgazione della Carta costituzionale. Una volta riconosciuto che la tesi dell'illiceità del suicidio non è assolutamente giustificabile sul piano costituzionale, occorre esaminare le altre posizioni relative alla natura giuridica della condotta suicidaria.

Secondo un orientamento radicale il suicidio assurge al rango di diritto inviolabile e "garantito" – non semplicemente concesso – dall'art. 2 della Costituzione[20]. Questa opinione non può essere condivisa, anche alla luce delle conseguenze inaccettabili che comporterebbe un suo accoglimento. A tacer d'altro, sarebbe incriminabile la condotta di salvataggio di un terzo nei confronti del suicida[21].

In realtà, non tutto ciò che è lecito penalmente costituisce esercizio di un diritto costituzionalmente garantito, in quanto la concezione personalistica della nostra Carta fondamentale non è improntata a un radicalismo individualista, ma è opportunamente caratterizzata anche da una prospettiva solidaristica. Ad avviso di chi scrive, sembra quindi corretto aderire a quelle ricostruzioni che, escludendo l'antigiuridicità del suicidio, considerano tale condotta una facoltà o un mero esercizio di una libertà di fatto. Ed invero, il principio per il quale la condotta suicidaria rientra fra le libertà riconosciute all'individuo si ricollega al modello liberale classico, in cui lo Stato deve assumere un atteggiamento "neutrale" di mancata intromissione rispetto a tutte quelle attività che, moralmente disapprovate o meno, non mettono a repentaglio beni giuridici altrui[22].

Come appare evidente, la qualificazione del suicidio come libertà lascia impregiudicata la questione della disponibilità della vita per mano altrui, cioè della rilevanza e della disciplina delle condotte eutanasiche e di assistenza al suicidio.

II.

6. L'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018.

L'ordinanza della Corte non intende definire lo statuto giuridico del suicidio ma le argomentazioni si collocano decisamente nell'ambito di una posizione intermedia, che non aderisce né alle tesi dell'illiceità strutturale della condotta suicidaria, né alla concezione opposta del diritto al suicidio *ex* art. 2 Cost. che condurrebbe all'incostituzionalità dell'art. 580 c.p.

In relazione all'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio, la Corte ritiene che sia «funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio». Il divieto, anche nell'odierno assetto costituzionale, ha una sua «ragion d'essere» a tutela principalmente delle persone in condizione di fragilità che potrebbero essere facilmente indotte a concludere prematuramente la loro vita, «qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragione di personale tornaconto». Di conseguenza, non si può ritenere inibito al legislatore penale di vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autodeterminazione individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della «persona umana» (art.

17 Sul punto sia consentito il rinvio a S. Canestrari, *I fondamenti del biodiritto penale,* cit., 55 ss. Nella direzione del testo cfr. con chiarezza, tra gli altri, D. Pulitanò, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, in *www.penalecontemporaneo.it*, 2018, fasc. 7, 71; L. Eusebi, *Decisioni sui trattamenti sanitari o «diritto di morire»*?, cit., 433 ss.; R. Bartoli, *Ragionevolezza e offensività nel sindacato di costituzionalità dell'aiuto al suicidio*, cit., 10 ss.; G. Gentile, *Il caso Cappato e il diritto a morire (senza soffrire)*, in *AP.*, 2018, n. 3, 11 ss.

18 Corte cost., ord. n. 207 del 2018, specificamente nel considerato in diritto n. 6. Per una lucida riflessione critica sulle argomentazioni dell'ordinanza del 14 febbraio 2018 della Corte d'Assise di Milano, cfr. D. Pulitanò, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, cit.

19 Cfr. i rilievi critici di L. Cornacchia, Euthanasia. *Il diritto penale di fronte alle scelte di fine vita*, in *Teoria dir. e Stato*, 2002, 377 ss.

20 Cfr. L. Stortoni, *Riflessioni in tema di eutanasia*, in *LP*, 2000, 481.

21 Nell'ambito della nostra letteratura è generalmente riconosciuta la facoltà di impedire l'altrui suicidio anche in caso di dissenso del suicida ai sensi dell'art. 54 c.p.

22 V. in proposito i chiari rilievi di S. Seminara, *La dimensione del corpo nel diritto penale*, in *Trattato di Biodiritto,* diretto da S. Rodotà e P. Zatti, vol. *Il governo del Corpo*, t. 1, cit., 195 ss.

3, secondo comma, Cost.)[23].
Tuttavia, secondo la Corte, occorre prendere in considerazione specifiche situazioni, inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta. «Il riferimento» scrive la Consulta «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. Si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare».
In questo senso, la Corte considera paradigmatico il "caso Cappato". In tali ipotesi, «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 articoli 2, 13 e 32, secondo comma, della Costituzione, 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».
La Consulta però non ritiene di poter porre rimedio a questo *vulnus* con una semplice cancellazione del reato di aiuto al suicidio prestato nei confronti di chi si trova in tale situazione. «Una simile soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi». Una regolazione della materia volta ad evitare abusi nei confronti di persone vulnerabili implica una serie di scelte discrezionali e, quindi, l'intervento del legislatore.
A questo punto la Corte ritiene «doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire […] al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa».

III.

7. Il suicidio e le ferite dell'anima.

Occorre dunque chiedersi quali siano gli ambiti di manovra che l'ordinanza delinea per l'intervento del legislatore.
La rilettura dell'articolo 580 c.p. da parte della Corte costituzionale conduce alla conclusione che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non si può ritenere, in quanto tale, in contrasto con la Costituzione. Secondo l'ordinanza il divieto penalmente sanzionato di aiuto al suicidio – «rinvenibile anche in numerosi ordinamenti contemporanei» – «assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere».
Ad avviso di chi scrive queste argomentazioni conducono la Corte a giustificare l'incriminazione dell'aiuto al suicidio sulla base di un paternalismo "indiretto" definibile "debole"[24]: vale a dire un intervento dell'ordinamento compatibile con un diritto penale di orientamento liberal-democratico, in quanto interviene a proibire condotte autolesive – ovvero condotte offensive in presenza del consenso dell'interessato – quando non siano sorrette da una scelta realmente libera e responsabile (e qui non appare necessario ricorrere alle categorie del "paternalismo") oppure vi è un dubbio, fondato e ragionevole, che non siano sorrette da una scelta autenticamente libera ("*soft paternalism*").
Insomma, la Corte reinterpreta l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non in funzione della tutela del diritto alla vita come bene assolutamente indisponibile, bensì come volta a garantire che la condotta suicidaria non «sia assunta quale effetto di una volontà viziata e immatura, ovvero manifestata in circostanze che non consentono adeguate opportunità di ripensamento»[25].
Ed eccoci ad una questione che ritengo cruciale e su cui vorrei introdurre alcune mie riflessioni. In sintesi: l'individuazione dei criteri in base ai quali considerare la scelta e la conseguente condotta suicidaria realmente autonoma e libera.
Il problema è decisivo: come è stato più volte ribadito, in un'ottica laica e liberale l'accertamento della volontarietà delle scelte deve porsi come priorità assoluta, con l'avvertenza che più la condotta è autodannosa e rischiosa più elevati debbono essere lo *standard* della volontarietà e lo *standard* dell'accertamento[26].
Non intendo concludere qui il mio discorso e provo ad assumere il compito – che ritengo essenziale nell'ambito di una scienza penale integrata – di "dialogare" con quei campi disciplinari che più direttamente si occupano del suicidio e da cui sarebbe lecito attendersi indicazioni utili ai nostri fini. Gli studiosi più rigorosi – medici, psichiatri, psicologi, sociologi, giuristi, filosofi, teologi, bioeticisti – muovono dall'elaborazione di una tassonomia, di una classificazione dei tipi di suicidio. A titolo esemplificativo: suicidio patologico, anomico, non intenzionato/intenzionato/subintenzionato, panico, altruistico, collettivo, egoistico, passivo, cronico, religioso, politico, liberatorio, espiatorio, intellettuale, umanitario, emotivo, razionale, ludico, sentimentale, simbolico, e l'elenco potrebbe continuare, così come potrebbero essere riviste alcune denominazioni a seconda della prospettiva dei diversi autori.
Un'approfondita analisi di queste indagini ci consente, pur di fronte alla varietà delle posizioni e alla molteplicità dei punti di osservazione, di formulare alcune considerazioni.
Dagli angoli visuali delle diverse discipline

23 Tali argomentazioni vengono rafforzate anche attraverso il richiamo alla giurisprudenza della Corte Edu, in materia di tutela del diritto alla vita e del diritto al rispetto della vita privata e familiare (artt. 2 e 8 CEDU, sentenze *Pretty c. Regno Unito*, *Haas c. Svizzera*, *Koch c. Germania*).

24 Per la distinzione tra forme di "paternalismo *hard*", non più accettabili per la loro connotazione autoritaria, e forme di paternalismo "moderato" o "limitato" conciliabili con un liberalismo penale non dogmatico, ma "maturo" e "cauto" cfr. l'opera di J. Feinberg, *The Moral Limits of the Criminal Law*, vol. 3, *Harm to Self*, Oxford, Oxford University Press, 1986, 14, ripresa con chiarezza da G. Fiandaca, *Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale*, in *FI*, 2009, V, 227 ss. Per un'approfondita riflessione sull'opera di Feinberg, confronta, da noi, A. Cadoppi (a cura di), *Laicità, valori e diritto penale.* The Moral Limits of the Criminal Law. *In ricordo di Joel Feinberg*, Milano, Giuffrè, 2010.

25 Così G. Fiandaca, *op. cit.*, in *FI*, 2009, V, 230, nella prospettiva di rinvenire la *ratio* dell'art. 580 c.p., richiamando anche l'impostazione di von Hirsch-Neumann, «*Indirekter*» *Paternalismus im Strafrecht am Beispiel der Tötung auf Verlangen*, in *GA*, 2007, 676.

26 In argomento, cfr. le considerazioni di L. Risicato, *Dal «diritto di vivere» al «diritto di morire»*, Torino, Giappichelli, 2008, 53 ss.; A. Manna, *Artt. 579-580 - Omicidio del consenziente ed istigazione o aiuto al suicidio: l'eutanasia*, in Id. (a cura di), *Reati contro la persona*, 2007, I, Padova, CEDAM, 48; B. Magro, *Eutanasia e diritto penale*, Torino, Giappichelli, 2001, 202 ss.; S. Tordini Cagli, *Principio di autodeterminazione e consenso dell'avente diritto*, Bologna, BUP, 2008, 101 ss. Più di recente, cfr. anche le opportune considerazioni con accenti problematizzanti di O. Di Giovine, *Op. loc. cit.*

la prevenzione del suicidio è una finalità centrale: la maggioranza degli studi sono stati svolti allo scopo di raccogliere informazioni utili a prevenire la condotta suicidaria.

Ciononostante, queste indagini rimangono sostanzialmente "all'esterno" e la loro efficacia è relativa, in quanto anche le disamine più raffinate non riescono a dare conto del coinvolgimento della psiche nella condotta suicidaria. Occorre sottolineare che nella maggioranza dei casi il suicidio ricorre in situazioni umane comuni e non – come sarebbe tranquillizzante pensare – negli psicotici ospedalizzati: ogni suicidio ha il suo particolare, individuale lato d'ombra.

La conoscenza che abbiamo del suicidio è sempre incompleta, ogni definizione netta è prematura, la "comprensione" del suicidio è un problema ma è e rimarrà soprattutto un mistero.

Ciò trova conferma anche nei contributi della disciplina che ha maggiori risorse per ascoltare le sofferenze dell'anima dell'aspirante suicida, cioè la psicoanalisi, la psicologia del profondo: «Un'indagine svolta dalla prospettiva analitica si differenzia da altri tipi di ricerca in quanto non si propone né di condannare né di condonare il suicidio, anzi neppure di esprimere un giudizio ma semplicemente di comprenderlo come un evento della realtà psichica»[27].

Tuttavia, anche quando la psicoanalisi ha l'effetto di prevenire il suicidio – come per fortuna talvolta accade[28] – essa non può contribuire a formulare una serie di regole per stabilire se una scelta suicidaria sia realmente libera, a causa dell'unicità e irripetibilità della relazione analitica.

Se il suicidio – letteralmente "uccisione di sé stesso" – è un attacco alla vita del proprio corpo, l'unicità della tragedia non può essere sottoposta a verifica. Anche la psicoanalisi non può – né peraltro intende – elaborare regole per stabilire quando il suicidio, o "quel suicidio", sia una "chiamata" di un Sé libero e autonomo.

Insomma, ritengo non solo difficilmente ipotizzabile un accertamento di una volontà suicida libera ed autonoma, ma neppure che esista la figura di un "valutatore", di un "perito", di un "esperto" che sappia valutare l'intensità e la "curabilità" delle ferite della nostra anima[29]. Questa riflessione mi porta a ritenere che nessuno – giudici, psichiatri, psicoanalisti, religiosi, amici, parenti – abbia la facoltà di autorizzare, proibire e nemmeno di facilitare la condotta suicidaria.

Alla luce di queste osservazioni ritengo che la prevenzione del suicidio sia una finalità assolutamente legittima e del tutto condivisibile. Ad esempio, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha redatto un importante documento sul suicidio in carcere[30] con l'obiettivo di enucleare raccomandazioni per prevenire e ridurre il fenomeno ricorrendo anche all'ausilio delle diverse discipline giuridiche (diritto penitenziario, ecc…) e criminologiche. Come dovrebbe risultare evidente, il CNB non ha neppure preso in considerazione l'idea che sia consentito "agevolare" – da parte di chiunque – una scelta suicidaria "consapevole" del detenuto.

Ma la voce di un giurista penalista in un ordinamento laico e liberale deve esprimersi con forza ed energia anche nella direzione di definire i limiti insuperabili di un'opera di prevenzione. Ancora oggi sono numerosi i casi in cui si ricorre a violenze psichiche e fisiche nell'ambito di istituzioni mediche e psichiatriche, nonché di residenze per anziani, quando si profila anche un rischio remoto o una mera "minaccia" di suicidio, praticando non di rado forme di contenzione meccanica[31] (fasciature, "legare" al letto o alla sedia) che possono integrare diverse figure di reato.

Nell'ambito delle coordinate sin qui delineate – e nei limiti di spazio che mi sono concessi – esprimo pertanto la mia opinione sulla prima parte dell'ordinanza. Ritengo corretta la presa di posizione della Corte che non ha accolto la tesi del giudice *a quo*, laddove denunciava il contrasto – desunto dagli artt. 2, 13, e 117 Cost. (quest'ultimo in relazione agli artt. 2 e 8 CEDU) – tra l'incriminazione dell'aiuto al suicidio priva di influenze sulla decisione di uccidersi e la libertà di scegliere quando e come morire.

L'impossibilità di identificare adeguati strumenti di accertamento per verificare in concreto se la condotta suicidaria si fondi su una decisione libera, autonoma e responsabile mi conduce a condividere il pensiero della Corte sulla «perdurante attualità» dell'incriminazione dell'aiuto al suicidio[32].

Per ciò che riguarda i destinatari di tale tutela, la Corte precisa che il divieto conserva «una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto» (considerato in diritto, par. 6). Sulla base delle considerazioni svolte poc'anzi ritengo nondimeno preferibile un atteggiamento di maggiore cautela nel procedere ad una classificazione delle categorie «più a rischio». Poiché la scelta suicida è per molteplici aspetti ambivalente e poiché la conoscenza che ne abbiamo è comunque assai limitata, ogni classificazione appare parziale: la psiche di ciascuno di noi può contenere un'eterna primavera di crescita e un inverno senza fine di depressione e di disperazione. In questa sede mi limito a riportare un dato del rapporto *OMS World Health Statistics* 2018: nei Paesi europei il suicidio è tra le prime cause di morte nei giovani tra i 14 e i 25 anni[33].

8. I tormenti del corpo e le richieste di aiuto a morire.

Come si è già osservato, nel prosieguo dell'ordinanza, la Corte individua delle

27 J. Hillman, *Il suicidio e l'anima*, Milano, Adelphi, 2010, 121 ss. (la prima edizione è del 1965, mentre la seconda, con *postscriptum* del 1997).

28 «Quando l'impulso alla morte fisica è stato vinto e assorbito dalla sua realizzazione all'interno della psiche» (J. Hillman, *op. cit.*, 137) gli psicoanalisti parlano di un'autentica "rinascita" dell'aspirante suicida.

29 Cfr. il volume collettaneo R. Tatarelli e M. Pompili (a cura di), *Il suicidio e la sua prevenzione*, Roma, Giovanni Fiorti Editore, 2008; M. Bioni, A. Iannitelli, S. Ferracuti, *Sull'imprevedibilità del suicidio* in *Rivista di psichiatria*, 2016, 167 ss.; L. Pavan, *Esiste il suicidio razionale?*, Roma, Magi Ed. Sc., 2009.

30 V. il parere del CNB, *Suicidio in Carcere. Orientamenti bioetici* (25 giugno 2010) pubblicato in S. Canestrari, *Bioetica e diritto penale*, II° ed., Torino, Giappichelli Editore, 2014, 137 ss.

31 Cfr. il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi bioetici (23 aprile 2015)*, redatto dalla Prof.ssa Grazia Zuffa e da chi scrive.

32 Nell'ambito peraltro di una riforma generale dei delitti contro la vita previsti dal Codice Rocco che danno luogo a esiti sanzionatori così intensi da apparire censurabili sotto il profilo della ragionevolezza-proporzione: sul punto si rinvia a quanto detto in *Principi di biodiritto penale*, cit., 97 ss.

33 Cfr. M. Cozza, *Il dolore dei giovani: preoccupano i suicidi*, in *La Repubblica*, 9 ottobre 2018. In generale per una considerazione del suicidio a seconda delle epoche storiche e delle prospettive antropologiche, cfr. nella letteratura sociologica italiana, M. Barbagli, *Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Occidente e Oriente*, Bologna, Il Mulino, 2009.

situazioni nelle quali l'art. 580 c.p. entra in contrasto con i principi costituzionali (considerato in diritto, par. 8) mettendo in discussione «le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio» (considerato in diritto, par. 9).

Si tratta di ipotesi molto specifiche – modellate sulla vicenda esistenziale di Fabiano Antoniani – riferite ad un paziente (a) affetto da una patologia irreversibile, (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che trova assolutamente intollerabili, (c) tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In questi casi eccezionali l'assistenza di terzi nel porre fine alla vita del paziente «può presentarsi al malato come l'unica via di uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, co. 2, Cost.» (considerato in diritto, par. 8).

La Corte abbandona dunque il ragionamento prospettato dal giudice *a quo* sulla libertà della persona di decidere quando e come morire e pone in primo piano la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, derivata dagli artt. 2, 13, e 32, co. 2, Cost. L'imposizione di «un'unica modalità per congedarsi dalla vita» – la sedazione palliativa profonda continua – «senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente tutelabile» finisce altresì per determinare una «lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive» (considerato in diritto, par. 9).

I primi commenti hanno sottolineato che la Corte non intende riconoscere un diritto a morire – in effetti negato nelle premesse del suo ragionamento – bensì un «diritto alla piena dignità anche nella morte»[34] o un «diritto a morire rapidamente»[35]. In questa sede a me preme riprendere il filo della riflessione svolta in precedenza riformulando il quesito che considero centrale, nell'ambito ora delle situazioni individuate dalla Corte, "inimmaginabili" all'epoca in cui fu redatto l'art. 580 c.p.

Vale a dire: è possibile accertare la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli (di autodeterminarsi) nel richiedere la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte da parte di pazienti (a) affetti da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trovano assolutamente intollerabili, i quali (c) sono tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale?

Non posso neppure accennare alla questione – profonda e ramificata – della "reciproca relazione" tra anima e corpo. Tutti noi comunque sappiamo che esiste un legame tra le "sofferenze dell'anima" e le "sofferenze del corpo": nell'esperienza concreta non stanno mai in un rapporto di esclusione assoluta. Nelle condizioni delineate dalla Corte, a differenza di quelle che caratterizzano le tipologie di suicidio esaminate in precedenza, il corpo assume peraltro, indubbiamente, il ruolo di *protagonista* con i suoi diritti – il principio dell'intangibilità della sfera corporea e il diritto a vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – e i suoi tormenti. Tale *centralità* della sofferenza e della condizione del corpo del morente mi conduce ad effettuare una duplice riflessione. Innanzitutto, ripropongo la questione su cui mi sono soffermato nella relazione al «Seminario preventivo alla sentenza della Corte sul caso Cappato»[36]: il suicidio ("uccisione di sé stesso") è un *attacco letale alla vita del corpo*; nei casi delineati dalla Corte non si vuole uccidere un corpo che è insieme "esso" e "me", ma «liberarsi da una prigione», «evadere da un corpo fattosi galera»[37]. In queste ipotesi si dovrebbe pertanto riflettere sull'opportunità di superare «le trappole semantiche e concettuali legate alla pigra ripetizione del termine suicidio»[38]. In realtà, siamo di fronte ad una richiesta di assistenza nel morire in condizioni esistenziali che risultano assolutamente disomogenee rispetto a quelle che contraddistinguono il suicidio indotto dal "male dell'anima"[39].

L'appiattimento della «richiesta di un'assistenza nel morire» con l'«aiuto al suicidio» non mi convince. In questo scritto utilizzo il termine suicidio nella piena consapevolezza della difficoltà di ricondurre le situazioni indicate dalla Corte – relative a pazienti che si sono sottoposti talvolta per anni a trattamenti sanitari e terapie sperimentali motivati da un tenace impulso "a vivere" anziché "a morire" – alla categoria del suicidio.

La seconda considerazione si incentra ancora sulla libertà di autodeterminazione e giunge a conclusioni diverse rispetto a quelle relative alle "tradizionali" tipologie di suicidio. In queste situazioni siamo infatti di fronte ad una "condizione del corpo" che può essere oggetto di verifica. La sussistenza di un presupposto oggettivo – l'esistenza di una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili al paziente tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale – depone per la possibilità di verificare la libertà di autodeterminazione del malato morente. Siamo in presenza di criteri di accertamento e di una figura in grado di svolgere il procedimento di verifica, che non può che essere il medico, magari con l'ausilio di uno psicologo clinico nel caso vi siano dubbi sul pieno possesso delle facoltà mentali del malato morente.

Ed invero, a conferma di quanto detto, l'ordinanza della Corte ritiene fondamentale una regolazione da parte del legislatore sulle modalità di verifica *medica* della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'assistenza nel morire e la disciplina del relativo processo medicalizzato.

Ciò detto, è necessario sottolineare che l'introduzione del diritto del morente a richiedere l'assistenza al suicidio pone questioni drammatiche e di difficile risoluzione alla classe medica. Il medico dovrebbe contribuire alla realizzazione della scelta del paziente

34 Così C. Cupelli, *Il Caso Cappato, l'incostituzionalità differita e la dignità nell'autodeterminazione alla morte*, in *www.penalecontemporaneo.it,* 3 dicembre 2018, 4.

35 Con accenti critici cfr. L. Eusebi, *Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018*, in *disCrimen*, 2018, 1 ss.

36 L'intervento è visibile sul sito di *Radio Radicale*, *www.radioradicale.it/scheda/554071/il-caso-cappato-davanti-alla-corte-costituzionale* (il *link* è disponibile anche in *www.penalecontemporaneo.it*, 22 ottobre 2018).

37 La bella espressione è di Andrea Pugiotto, che nel suo intervento al seminario ha condiviso la mia difficoltà a ricondurre la drammatica scelta di Fabiano Antoniani alla categoria del suicidio (cfr. A. Pugiotto, *Variazioni processuali sul "caso Cappato"*, in *Il "Caso Cappato" davanti alla Corte Costituzionale*, a cura di A. Morrone, Bologna, atti del Seminario tenutosi a Bologna il 12 ottobre 2018). Tali perplessità sono state riprese, con eleganza, da V. Manes, nelle *Note d'udienza*, in *www.associazioneluca-coscioni.it*.

38 S. Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, Feltrinelli, 2006, 255, nell'ambito di una riflessione generale sulle questioni di fine vita.

39 Cfr. il saggio di F. Faenza, *Profili penali del suicidio*, in *Trattato di biodiritto,* vol. *Il Governo del corpo*, cit., t. II, cit., 1801 ss.

di accelerare la propria morte pur disponendo di un trattamento sanitario – la sedazione palliativa profonda – che non abbrevia la vita e consente di "morire senza dolore", la cui attivazione però è rifiutata da parte del paziente cosciente e in grado di autodeterminarsi.

Si deve prendere atto che si pone il medico in una situazione di conflitto profondo rispetto ai fini tradizionali della sua professione[40]. A mio avviso, pertanto, nell'ipotesi in cui il legislatore prevedesse un obbligo, e non una scelta, da parte del medico e del personale sanitario di utilizzare le proprie competenze per un aiuto a morire del malato, si dovrebbe riconoscere il diritto all'obiezione di coscienza, come prospetta la stessa ordinanza della Consulta.

Alla luce di queste considerazioni, non appare agevole innestare il diritto del malato terminale a richiedere l'aiuto a morire nell'ambito della legge n. 219 del 2017, il cui obiettivo – faticosamente perseguito – è stato quello di valorizzare l'"incontro" tra l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale del medico; promuovendo, dunque, la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico basata sul consenso informato con l'obiettivo di superare una visione paternalistica – pervicace – senza mettere in discussione l'immagine tradizionale del medico costitutiva dello sfondo archetipico della sua professione.

9. Patologie e libertà di scelta.

A questo punto del nostro discorso, è opportuno affrontare un'ulteriore questione che ritengo – se possibile – ancora più complessa. Occorre infatti chiedersi se possa ritenersi discriminatorio negare il diritto di assistenza a morire ai pazienti che si trovino nelle identiche situazioni soggettive descritte dalla Corte senza che siano, per le caratteristiche contingenti della loro infermità, nella condizione di rinunciare al proseguimento di trattamenti sanitari salvavita.

Le tipologie dei casi che vengono in considerazione nel panorama giurisprudenziale internazionale e nel dibattito mondiale sono diverse e non agevolmente classificabili, anche se si finisce per porre l'accento sulla condizione del malato che non è in grado di far cessare da solo la propria esistenza. Le ipotesi *principali* che sono oggetto di discussione riguardano persone affette da patologie irreversibili, inguaribili o degenerative, fisicamente (parzialmente o totalmente) invalidanti, connotate da sofferenze fisiche o psichiche costanti, refrattarie ai trattamenti sanitari e percepite come intollerabili.

L'analisi di questa tematica richiederebbe osservazioni approfondite e competenze specialistiche. La riflessione che posso svolgere in questa sede non deve discostarsi dal *file rouge* che ha contraddistinto questo mio saggio. Vale a dire: è possibile individuare una costellazione di casi dove stabilire criteri e modalità affidabili in base ai quali – nonché identificare medici e operatori sanitari in grado di – verificare con certezza quando una persona affetta da determinate patologie possa essere considerata realmente autonoma e dunque la sua richiesta di assistenza nel morire sia libera e responsabile?

Di fronte alla molteplicità e alla diversità delle situazioni appena citate, il contributo che posso fornire consiste esclusivamente nel segnalare e porre in evidenza l'estrema problematicità di questa opera di verifica. Nei casi "tradizionali" di suicidio caratterizzato dalle "sofferenze dell'anima" ho sostenuto che non sia possibile stabilire o tipizzare criteri sicuri, né identificare soggetti in grado di accertare la "genuinità" di una richiesta di assistenza al suicidio. Al contrario, nei casi descritti dalla Corte, il medico ha sicuramente le competenze per accertare la validità della richiesta di un paziente, il cui corpo malato e sofferente è tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale.

Nella vasta gamma di ipotesi nelle quali, invece, la richiesta di assistenza al suicidio proviene da un malato gravemente sofferente per via di patologie che non richiedono trattamenti sanitari salvavita suscettibili di essere interrotti – e dunque da un paziente anche non morente né nella fase finale della sua esistenza – la questione si presenta estremamente complessa. In questa sede, mi limito a ribadire con forza che tutti dovremmo concordare con questo assunto di partenza: nell'impostare un confronto tra le diverse posizioni relative all'assistenza al suicidio è la validità della richiesta e non solo l'intensità della sofferenza a costituire il presupposto assolutamente imprescindibile. Nel dibattito tra discipline scientifiche, nel confronto tra le forze politiche, nel discorso pubblico, si deve riconoscere in questo elemento il baricentro e indagare con competenza e senza pre-giudizi o "forzature" ideologiche le diverse costellazioni di casi. Su queste tematiche delicate e tragiche non devono essere tollerate "*dettature*" o "*dittature*" di incompetenti.

10. Cenni sul dibattito internazionale.

Infine possiamo soltanto effettuare alcune brevi considerazioni allo scopo di dare conto dell'"ambivalenza" delle principali argomentazioni che emergono nel dibattito mondiale.

I fautori della depenalizzazione o della legalizzazione del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia attiva consensuale pongono l'accento su molteplici aspetti che ai fini del nostro discorso possono qui essere riepilogati in estrema sintesi.

Posto che il principale elemento distintivo tra queste due condotte è la padronanza dell'atto da parte della persona intenzionata a porre fine alla sua vita[41], occorre precisare la differenza tra "depenalizzazione" e "legalizzazione". Nel primo scenario la depenalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito può essere accompagnata o meno da divieti presidiati da strumenti diversi dal diritto penale, come sanzioni previste nei confronti dei medici dai codici deontologici. La legalizzazione, invece, lascia impregiudicata la questione di un eventuale intervento del diritto penale per tutelare il rispetto delle procedure che rendono lecite le condotte eutanasiche o di assistenza nel morire.

Tra i sostenitori dell'approccio qui in discussione prevale il riferimento al modello della "giustificazione procedurale" (legalizzazione senza depenalizzazione) a cui si è ispirata la nota legge olandese n. 194 del 2001 («*Controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al*

40 Il codice deontologico nella sua versione del 2014 all'art. 3 ricorda i doveri generali e le competenze del medico: «la tutela della vita, della salute psicofisica, il trattamento del dolore e il sollievo dalle sofferenze, nel rispetto della libertà e della dignità della persona…» e all'art. 17 afferma che «il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte».

41 Il suicidio assistito è caratterizzato dalla «preparazione» di un farmaco letale per il malato che lo assumerà personalmente. Come è noto, la Svizzera ha depenalizzato l'assistenza al suicidio per motivi «non egoistici» (art. 115. «*Istigazione e aiuto al suicidio*. Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria»). Sul punto, cfr. C. Schwarzenegger, *Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben*, Besondere Bestimmungen, in *Bulser Kommentar*, *Strafgesetzbuch II*, *artt. 111-401 StGB*, a cura di M.A. Niggli - H. Wiprachtiger, Helbing Lichtenham, Basel, 2003, 64 ss.

suicidio»)[42]: il rispetto della procedura è costitutivo della liceità dell'azione, operando come causa di esclusione dell'antigiuridicità o come causa di non punibilità; viceversa, la mancata osservanza della procedura comporta il sorgere della responsabilità penale.

Le motivazioni di questo indirizzo sono plausibili. Alcuni autori mettono in evidenza le incongruenze e le contraddizioni dell'utilizzo dello strumento penale: l'argomento prevalente – oltre a quello della sua ineffettività – consiste nella convinzione che l'incriminazione dell'assistenza al suicidio e delle condotte eutanasiche favorisca in maniera significativa l'attuazione di pratiche clandestine prive di alcun tipo di controllo. Secondo questo orientamento i benefici di una legalizzazione risultano invece evidenti: la condotta eutanasica e l'aiuto a morire vengono discussi nell'ambito di una procedura governata da regole, così da comportare anche un minor rischio di "scivolamento" verso forme di eutanasia non volontaria[43].

Inoltre, i sostenitori della legalizzazione pongono in evidenza la «potenziale crudeltà»[44] di un ordinamento che prevede un divieto assoluto di aiuto al suicidio negando la richiesta di «morire con dignità» proveniente da persone adulte, consapevoli, capaci, affette da malattie gravi e inguaribili e fortemente sofferenti[45].

D'altra parte, occorre effettuare una valutazione accurata dei rischi connessi alle scelte di legalizzare le condotte eutanasiche e il c.d. suicidio assistito. In effetti, una simile disamina dovrebbe essere svolta – come ho anche in questa sede più volte sottolineato – alla luce di maggiori e approfondite conoscenze empiriche sui criteri che consentono di verificare con certezza la validità e la genuinità della richiesta del paziente in stretta correlazione con le patologie prese in considerazione.

Le ricerche e i sondaggi sul fatto che la legalizzazione abbia determinato una diminuzione delle pratiche eutanasiche e dell'assistenza al suicidio sono contrastanti. Inoltre, l'orientamento che si oppone alla legalizzazione utilizza l'argomento della "china scivolosa" nella sua versione ricorrente di "controindicazione" a modelli di giustificazione procedurale delle condotte eutanasiche e di assistenza al suicidio. Ciò troverebbe conferma proprio nei «passi successivi» che hanno determinato una sorta di "*slippery slope* normativa" dell'esperienza olandese[46].

In definitiva, appare evidente che alcune delle tesi che animano il dibattito relativo alla legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio mediamente assistito hanno natura «ambivalente». Si pensi, ad esempio, oltre al citato argomento del "pendio scivoloso", a quello della relazione tra medico e paziente. Secondo alcuni l'opzione della legalizzazione si assocerebbe ad un grave pericolo di indebolimento di tale rapporto fiduciario, vieppiù in un contesto generale in cui entrerebbe in crisi la valenza fortemente simbolica del divieto assoluto di non uccidere; al contrario, una diversa opinione ritiene che molti pazienti possano sentirsi rassicurati proprio dal fatto che il medico curante sia disposto ad offrire loro un aiuto "estremo"[47].

11. L'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore: un diritto umano fondamentale.

I diversi orientamenti dovrebbero però convergere su un aspetto che considero di fondamentale importanza: per garantire un'autentica libertà di scelta nelle decisioni di fine vita, occorre sempre fornire ai pazienti la possibilità di un'adeguata assistenza sanitaria, e in particolare tutte le cure palliative praticabili[48], nonché diagnosi e terapie psicologiche e psichiatriche.

Nel nostro Paese è assolutamente indispensabile un rafforzamento delle strutture destinate alla cura dei pazienti anche nell'ultima stagione della loro esistenza, in particolare degli *hospices.* Si deve essere pienamente consapevoli della necessità di una politica sociale che preveda di investire risorse economiche al fine di attuare un costante miglioramento dei modelli assistenziali e organizzativi nell'ambito delle cure palliative. È imprescindibile quindi, quali che siano le scelte del legislatore o della Corte costituzionale, assicurare una maggiore diffusione e un potenziamento della terapia del dolore e delle cure palliative, in modo da escludere che la richiesta di assistenza a morire sia dettata da cause evitabili, come quelle legate ad una sofferenza alleviabile.

Nel mese di febbraio del 2019, quando ho licenziato questo contributo, il Ministero della Salute ha inviato al Parlamento il *Rapporto sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*. Come si legge nel documento, la qualità e l'offerta assistenziale per le cure palliative in regime residenziale e domiciliare presenta forti disomogeneità sul territorio nazionale[49]. Ciò si traduce nel fatto che in alcune

42 La normativa è stata commentata tra gli altri da A. Ronzio, *Olanda: la scelta della legalizzazione* in S. Semplici (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, Il Mulino, 2002, 109 ss.; P.S.P. Tax, *Eutanasia e assistenza al suicidio nella nuova disciplina olandese*, in *Diritto penale XXI secolo*, 2003, 221 ss., laddove si analizzano anche i criteri previsti dall'art. 8. Di recente, in relazione alla «via olandese» si vedano, nell'ambito di uno studio che esamina in modo approfondito le diverse soluzioni dei Paesi europei, le articolate riflessioni di M. Donini, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *www.penalecontemporaneo.it*, 15 marzo 2017, 17 ss. anche per ulteriori riferimenti bibliografici.

43 Cfr. J. Griffiths, *Euthanasia and Assisted Suicide Should, When Properly Performed by a Doctor in An Appropriate Case, Be Decriminalised*, in AA.VV., *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, vol. I, *The Criminal Law and Bioethical Conflict: Walking the Tightrope*, a cura di A. Alghrani - R. Bennet - S. Ost, Cambridge, Cambridge University Press, 2013, 21.

44 C. Casonato, *Fine vita: il diritto all'autodeterminazione*, in *Il Mulino*, 2017, n. 4, 597 ss.

45 In questi casi la Corte Suprema del Canada ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del reato di assistenza al suicidio (Carter v. Canada, 6.2.2015). Per una valorizzazione nella recente letteratura di lingua inglese, dei diversi argomenti a favore della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito – *autonomy, mercy, inconsistency of the status quo, benefits of regulation* – cfr., ancora, il saggio di J. Griffiths, *Euthanasia and Assisted Suicide Should*, cit., 15 ss.; da noi, tra i bioeticisti, D. Neri, *Il diritto di decidere la propria fine*, in *Trattato di Biodiritto*, cit., vol. *Il governo del corpo*, t. II, cit., 1785 ss.

46 In questa direzione, cfr. le osservazioni di J. Keown, *Five Flawed Arguments for Decriminalising Euthanasia*, in AA.VV., *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, cit., spec. 33 ss. e 38 ss., laddove pone l'accento sul fatto che la normativa olandese ha finito per legittimare pratiche eutanasiche di bambini nati gravemente malati. Nell'ambito della discussione pubblica olandese si segnala anche l'allarmante rilevazione che emerge da un mini sondaggio – che ha coinvolto 2.500 sanitari – pubblicato on line sul *Journal of Medical Ethics*, secondo cui più di un terzo dei medici olandesi sarebbe disposto ad aiutare a morire persone con malattie mentali (4 su 10 accoglierebbero richieste di chi si trova a uno stadio iniziale di demenza, 1 su 3 aiuterebbe a morire chi soffre di una demenza in fase avanzata in presenza di una direttiva anticipata): cfr. *J Med Ethics - 2014 - 102150 Published Online First: 18 February 2015*. Secondo un'altra indagine, in Olanda dal 2011 al 2014 sono stati registrati più di 100 casi di pazienti affetti da malattie psichiatriche gravi che hanno ottenuto l'autorizzazione al suicidio medicalmente assistito, v. S.Y.H. Kim, R.G. De Vries, J.R. Peteet, *Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatry Disorders in the Netherlands*, 2011 to 2014, in *Jama Psychiatry*, n. 73, 2016 (sul punto cfr. le condivisibili inquietudini di V. Ottonelli, *Il corpo come soggetto di diritti*, in *Il Mulino*, 2017, n. 4, 547 ss.).

47 Su queste problematiche, cfr. le osservazioni di M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Torino, Einaudi, 2002, 219.

48 Anche nell'ambito della pianificazione condivisa delle cure – disciplinata dall'art. 5 della legge n. 219 del 2017 – che ritengo abbia un significativo valore etico anche in considerazione del fatto che il piano di cura condiviso può essere rinnovato, aggiornato o modificato su richiesta di un paziente «competente» riguardo all'evoluzione della sua patologia.

49 Il documento è consultabile sul sito *www.salute.gov.it.*

regioni italiane oggi non viene garantito un diritto umano fondamentale: quello del paziente di ricevere nella fase finale della propria esistenza un adeguato supporto finalizzato al controllo della sofferenza nel rispetto della sua dignità[50].

DEONTOLOGIA E FINE VITA: SFIDE E DILEMMI DELLA MEDICINA

Antonio Panti - Componente CND Fnomceo

"La mia pena è durare
in quest'attesa sorda,
in questa cieca consunzione"
Mario Luzi Pietra Oscura

L'intervento affidatomi è fin troppo vasto, mi prefiggo quindi di restringerne il tema alle norme del Codice Deontologico che, pur nel rispetto della autonomia professionale, non può ignorare le determinazioni della Corte Costituzionale, così come non può trascurare la mutata domanda sociale e la trasformazione antropologica del concetto di morte. Il Codice Deontologico dedica molte norme al fine vita ma le più incisive sono quelle degli art.16, 17, 39.

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.

Art. 17
Atti finalizzati a provocare la morte

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

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.
Il Codice non dà adito a dubbi: la medicina tenta di contrastare o allontanare la morte e, quando fatalmente deve cedere il campo (Francois Bichat ha detto che l'unica malattia che ha il 100% di mortalità è la vita), il medico ha sempre avvertito l'obbligo etico di assistere il paziente sul piano fisico, psicologico e, se possibile, spirituale considerando il "sedare dolorem" un principio ineludibile. Il medico però non procura la morte, per quanto in alcune condizioni di estrema sofferenza sa di non poter fare altro che facilitare il trapasso.
È opportuno ricordare alcuni dati sulla necessità di cure palliative e su quel che accade quando sono carenti. L'invecchiamento della popolazione e il carico di cronicità non solo oncologiche aumenta tale bisogno: si calcola una prevalenza di circa l'1% e un'incidenza dello 0,5% sul totale della popolazione e del 70% dei decessi. I dati dell'Agenzia Sanitaria Toscana mostrano questo quadro nel 2017:

- deceduti in ospedale 48,5%
- accesso in ospedale nell'ultimo mese di vita 64,9% dei pazienti cronici
- deceduti con almeno 1 ricovero nell'ultimo anno di vita 79,6%
- pazienti in terapia intensiva con supporto vitale nell'ultimo mese di vita 16,8%
- pazienti che hanno ricevuto una chemioterapia negli ultimi 30 giorni di vita 7,7%
- idem negli ultimi 14 giorni di vita 3,3%
- pazienti che hanno ricevuto una nuova chemio negli ultimi 30 giorni di vita 4,1%
- pazienti che hanno ricevuto radioterapia negli ultimi 30 giorni di vita 10,1%

Negli ultimi decenni il quadro della malattia terminale si è rapidamente modificato. La medicina moderna dispone di sostegni vitali talmente efficaci che frequentemente consentono di superare patologie mortali fino a pochi anni or sono, in altri casi sfociano in cronicizzazione, in altri ancora portano al prolungamento della fine biologica, che così si procrastina in modo che, prima del termine della vita, si interpone un periodo di diversa lunghezza in cui la scienza non può più interferire sulla durata e sulla qualità della vita, le sofferenze sono insopportabili e la tecnologia sostiene una vita non più vita.
I medici non hanno sufficientemente meditato sulla morte moderna, quella che si presenta oggi grazie sofisticatissimi strumenti assistenziali disponibili. Fino a pochi decenni or sono per lo più la gente o guariva o moriva, non esisteva questo periodo intermedio in cui grazie, ai formidabili successi della tecnica, si prolunga l'agonia, talora provocando condizioni prima sconosciute come lo stato vegetativo permanente, che non esisteva mezzo secolo fa, è nato con l'intensivologia. Il problema è di trovare un accordo fra il punto di vista del diritto, importante perché la morte pone questioni giuridiche, e quello della medicina, che assiste le persone nella vita quotidiana.
La morte, e come e quando si muore, è anche un problema del medico, purché sappia calarlo nella vita di tutti i giorni. Ho esercitato come medico pratico per tutta la vita e come tale ho visto le più diverse situazioni umane; ricordo chi mi chiedeva di aiutarlo a sopravvivere qualche giorno magari per vedere la laurea o il matrimonio di un figlio e altri che mi ricordavano l'accordo fatto che a un certo livello di sofferenze l'avrei aiutato a cessare un'inutile sopravvivenza.
Un tempo il rapporto col paziente era più ammantato di privacy, il medico poteva aumentare e il dosaggio degli oppiacei, con l'accordo dei familiari, finché il paziente finiva di soffrire. Adesso ogni atto medico è pubblico e l'atteggiamento di fonte alla sofferenza è sotto gli occhi di tutti; la vicen-

50 OMS, *Global atlas of palliative care at the end of life*, 2014.

da è diventata di ordine pubblico ed è stata posta sotto l'ala del diritto e ciò perché la morte è stata medicalizzata. Questa morte medicalizzata, quell'intervallo che c'è tra quando la medicina non riesce più a modificare, interrompere, cambiare il decorso naturale della malattia con i propri strumenti artificiali, e il momento della morte biologica, cioè la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo, spesso si presenta come un periodo intermedio.
Anche un malato di SLA, grazie alla mancanza di sostegni vitali, moriva allora molto prima e non si creava il problema attuale. Affrontare questo problema da un punto di vista medico è complesso perché significa mettere in crisi il modello professionale da quando esiste la professione, forse già prima di Ippocrate. L'accabadora non è un medico. Per quanto tutti i pazienti muoiano, il compito del medico non è di potarli alla morte.

Riprendendo ora il fil rouge giuridico del suicidio assistito, la Corte costituzionale, ha indicato il perimetro della possibile soluzione legislativa al fine di rendere il testo dell'art. 580 c.p. coerente con la realtà del processo del morire nella medicina contemporanea.

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. (dall'Ordinanza 207/18)

Tutto ciò solleva per il medico alcune questioni fondamentali:

1) *La formazione alla PCC (Programmazione Condivisa delle Cure), per effetto sia dell'art. 5 della l. 219/17 sia della l. 38/10.*
2) *La competenza dei medici che riguarda sia la relazione che la comunicazione della prognosi nonché la definizione clinica, meglio se affidata a un team clinico e medico legale, delle condizioni previste dalla Corte al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.*
3) *Il pieno convincimento clinico di non fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine (mentale) rispetto alle indicazioni della Corte.*

Nel corso di una procedura di suicidio assistito, la prescrizione del mezzo, solitamente un farmaco, e la sorveglianza del paziente durante l'esecuzione dell'atto sono di competenza del medico, mentre l'aiuto alla somministrazione e l'interruzione dei sostegni vitali possono essere affidati a personale non medico: in particolare nella preparazione del farmaco non può che intervenire il farmacista.

Fermo restando che l'atto suicidario deve essere attribuibile al paziente, altrimenti siamo al di fuori dell'argomento, 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**

Un medico di famiglia con una media clientela, ogni anno assiste alcuni pazienti terminali e qualcuno di loro potrà chiedergli un aiuto a morire. Secondo la Corte il medico il medico non ha alcun obbligo in tal senso, il che supera la richiesta dell'obiezione d coscienza. In pratica è come se la Corte avesse costituzionalizzato l'art. 22 del Codice Deontologico. Resta il fatto che la certificazione e la ricettazione spettano soltanto si laureati in medicina. Occorre raggiungere la certezza dell'autodeterminazione del paziente, escludendo qualsiasi forma psichiatrica; la medicina deve inquadrare meglio il problema del suicidio nella evoluzione della malattia. Infine, come esistono la dignità e la libertà del paziente, si debba rispettare anche la libertà del medico di aderire o no alla legge quando sarà promulgata.
Tutto ciò ci impone di migliorare la formazione dei medici in modo da evitare che gli eventi dell'ultimo mese di vita finiscano ospedale, (nell'ultimo anno di vita oltre il 30°% dei pazienti finiscono in intensivologia, e il giorno prima del ricovero in hospice subiscono inutili chemioterapie). C'è una carenza della medicina generale e delle cure palliative domiciliari, c'è carenza in tutto il servizio. Se per Natale qualcuno si sente male che succede? La Domenica che succede? Questa è una prima risposta importante ma insufficiente perché esiste comunque la libertà e l'autodeterminazione del cittadino consapevole che può fare richiesta di essere aiutato a cessare la vita, a uscire prima da questa valle di lacrime, nonostante l'offerta di ottime cure palliative.
La medicina moderna è in grado di distinguere i casi nei quali la richiesta suicidaria è espressione di una scelta che nulla ha a che vedere con i tormenti del corpo e le ferite dell'anima, e questo un medico accorto e che segue il paziente può farlo, non c'è bisogno del Comitato Etico. I Comitati Etici non sembrano preparati a queste evenienze. In altri paesi è previsto l'intervento di una commissione, composta da un medico legale, un intensivologo e il medico di famiglia. Insomma il tentativo è di essere certi della libertà della richiesta di aiuto. La medicina moderna ha rifiutato il dualismo cartesiano e sa che anima e corpo non esistono separatamente, esiste un'unità funzionale e le neuroscienze stanno arrivando a capire il funzionamento di questa unità.
Talora si chiede se sia preferibile un buon medico o un medico buono; un buon medico non può non essere un medico buono perché, se non capisce ciò che accade dentro e intorno a quel singolo paziente, non può curarlo e quindi non è un buon medico. Il Codice Deontologico offre tutti gli strumenti per affrontare questi problemi: il medico deve assistere il paziente fino al termine, non deve praticare accanimento terapeutico, può dar corso alla sedazione terminale. Però la sedazione palliativa profonda non terminale non può durare alcuni mesi, è uno strumento di ultima ratio, quando non si riesce più a controllare le sofferenze terminali.
Sono apparse varie fantasie in questi giorni, qualcuno parlava di suicidio socialmente assecondato. Non è il caso di lasciare in mano alla società, a decisori esterni al medico, una siffatta decisione, attenzione ai sentieri scivolosi che potrebbero portare a un'eutanasia per motivi economici.
A questo punto possiamo tornare al titolo dell'intervento, "la deontologia e il fine vita, sfide e dilemmi della medicina". La morte non è una sfida per la medicina anche si è favoleggiato di immortalità, e molti ritengono di porre alla scienza lo scopo ragionevole dei 120 anni di vita in buona salute. In questo periodo storico, al da là delle tesi umaniste alla Savulesco, le vere sfide della scienza medica sono l'oncologia o la demenza senile; tuttavia la morte moderna pone dilemmi ulteriori rispetto a quelli affrontati dalla Corte.
In omaggio alle teorie di Rita Charon sulla "medicina narrativa" supplisco alla de-

scrizione sociologica con due puntualissime testimonianze. In un piccolo libro del 1978 "La morte moderna" Carl Henning Wijkmark racconta il lungo dibattito bioetico organizzato dal Ministero della Salute svedese tra un teologo, un rabbino, un filosofo e un medico sulle modalità più "accettabili" per i singoli e per la società per consigliare il suicidio assistito ai pazienti cronici o comunque ai cittadini oltre una certa età della vita; i costi umani e economici della sopravvivenza stavano mettendo in crisi il pur efficientissimo sistema sociale svedese. Un tema simile è al centro di un racconto di Richard Matheson, scrittore di fantascienza spesso geniale, in cui il figlio tenta con pazienza e fatica di istruire il padre perché superi l'esame che a una certa età gli anziani debbono affrontare altrimenti accettano di essere "suicidati"; il padre decide di morire per sua scelta.

Qualcuno ricorderà "La leggenda di Narayama" lo splendido film di Keisuke Kinoschita, apparso nel 1958. Il problema è lo stesso: nessuna società può sostenere il costo dell'età anziana una volta che i vecchi abbiano esaurito quei compiti legati alla loro saggezza e esperienza cosa che accade sempre più presto in un'epoca dominata dalla velocità del cambiamento e dal cedimento di antichi valori.

La medicina ha migliorato l'aspettativa di vita ma ancora non sa fronteggiare la morte né insegnare a un paziente cronico il mestiere di malato. Altresì il rispetto per l'autodeterminazione della persona, tra i valori fondanti del Codice Deontologico, non può disgiungersi, anzi trova pieno senso, nell'affermazione dell'equità come lotta a ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute e nel rispetto delle dignità della vita di ognuno. Il modello delle cure palliative e ogni forma di aiuto a una morte che sia anche frutto, nei limiti del possibile, della libera scelta del cittadino, deve rigorosamente escludere ogni discriminazione. La peggiore sconfitta della medicina e della società sarebbe che la morte dei ricchi fosse diversa da quella dei poveri.

Mentre il nostro paese sembra volgersi a un welfare orientato a un minor intervento dei servizi pubblici sarà bene riflettere sul position paper dell'American College of Phisicians sul suicidio assistito. Il College respinge l'ipotesi sul piano deontologico ma lamenta che spesso il paziente ricorra a questa richiesta perché "i rimborsi inadeguati e altri disincentivi creino barriere alle cure palliative e all'accesso agli hospices".

Tentiamo allora una conclusione. La medicina è immersa nella quotidianità e non può ignorare il mondo che la circonda. La medicina non è una scienza astratta: nasce come aiuto all'individuo che soffre e come protezione della collettività dalle sventure delle malattie. È quindi una pragmatica che si avvale di scienze, che della scienza segue il metodo, ma che agisce in un mondo di valori. Quindi è si un settore empirico della biologia ma è anche un costrutto sociale; il paradigma eco bio psico sociale della malattia comprende sia le riflessioni psicodinamiche che i portati dell'epigenetica e rappresenta soltanto un provvisorio punto di arrivo (o di sosta).

Riassumendo una rapidissima carrellata, oggi i medici assistono i pazienti fino alla morte tentando di renderla meno sofferente e più serena possibile, evitando ogni futilità o accanimento e, in alcuni casi, giungendo alla sedazione palliativa profonda: a tutti i pazienti debbono essere garantite le opportune cure palliative. Su tutto ciò vi è accordo, così come vi è consenso sul privilegio dell'autodeterminazione del cittadino per cui, una volta stabilita una relazione positiva col medico e con l'equipe curante, nessun trattamento può essere iniziato o proseguito senza il consenso informato del paziente.

Tuttavia persiste il problema di chi, trovandosi in drammatiche situazioni fisiche e psicologiche di sofferenza per lui insopportabile, e non affetto da turbe psichiatriche, desidera por termine alla sua esistenza terrena: "prendere armi contro i sassi e i dardi dell'avversa fortuna.." Lo Statuto fiorentino dell'Arte dei Medici e degli Speziali del 1314 impone al medico, in caso di malattia grave "di ammonire l'infermo e consigliare ch'egli pigli penitenza delle cose commesse". Quindi si chiamava il Sacerdote. È come se, nella storia, la morte non sia mai appartenuta al medico che di fronte a questa lascia il passo ai preti, agli amici, ai familiari, allontanandosi dal morente; se la vita è quel che si oppone alla morte, come diceva Bichat, tuttavia il momento terminale fa parte della vita e rientra nella sfera dell'agire del medico.

Philip Aries ha studiato la morte nei secoli; oggi il morire appartiene alla scienza medica che ha gli strumenti per modificarne il decorso naturale. La morte è un processo complesso che la tecnologia può protrarre quasi a suo piacimento. Ma se la morte non è altro che l'atto conclusivo della vita biologica a chi ne spetta l'assistenza? E se la tecnologia ha cambiato la naturalità biologica protraendo il processo del morire e un cittadino in queste condizioni invoca la fine della sua vita quale è il ruolo del medico? Mi sembra stravagante impedire a un infermiere di iniettare morfina a un cardiopatico e invece proporre di affidargli l'assistenza alla morte, il momento in cui è più drammatica la ricerca di senso.

Tutto ciò deriva non è tanto il sommarsi di pareri sempre più frequenti di Corti di diversi paesi o di nuove leggi quanto dal mutarsi della visione antropologica della medicina e del rapporto del medico con l'uomo. Se oggi non è presente nell'immaginario collettivo la figura del medico che favorisce la morte ormai sono troppi i segni che questo cambiamento è in corso e che presto sarà riprovato il comportamento del medico che non aiuta i propri pazienti a cessare un'intollerabile sofferenza che è ormai effetto di un eccesso di medicina.

Nella letteratura occultistica e nell'antichità classica sussiste la figura, terrificante e ostile, del "custode della soglia della morte". Credenti o non, la morte è un passaggio personalissimo e arduo nel quale compito antichissimo del medico è di attenuare le sofferenze. Al di là dei punti di vista religiosi o filosofici il morire è questione legata alla cultura della società, diversa nei successivi periodi storici, un problema antropologico che la medicina non può abbandonare.

Se il medico non può lasciare incustodita la soglia della morte, oggi si trova anche a render conto dei successi e del fallimento dei successi della medicina moderna. La tecnologia contrasta la morte, talora per ricondurre alla vita, talaltra per offrire una sorta di vita non vita, una sopravvivenza che lo stesso paziente finisce col rifiutare. Allora, come Dedalo inventò il labirinto e il filo per uscirne, chi porgerà aiuto a chi, stanco di un prolungamento artificiale della vita, desidera uscirne con dignità?

Molti medici, di fronte a un paziente in siffatte terribili condizioni, sono disposti ad aiutarlo. Ciò è sempre esistito e finora non ce ne siamo accorti. Per quanto sia una questione estremamente complessa e difficile credo indispensabile riflettere sul fatto che, modificandosi l'art. 580 Codice Penale per motivazioni costituzionali, in quanto la Corte ha rilevato una disuguaglianza rispetto dell'autodeterminazione del paziente, dovrebbe o potrebbe doversi cambiare anche

il Codice Deontologico. Non è facile uscire da questa situazione perché è nata dalla medicina e dal fallimento dei suoi successi. Un Convegno come questo, che ha insegnato molte cose, potrebbe proseguire nel tempo, favorendo il dialogo tra filosofi, giuristi, bioeticisti, perché una riflessione comune può essere utile alla società.

Il Codice Deontologico potrebbe, invece, restare immodificato, salvo stabilire la non sanzionabilità del medico che dia aiuto e accolga le richieste del paziente in stato di sofferenza irriducibile fisica e esistenziale che prolunga soltanto una vita divenuta insopportabile. Se è ineludibile il diritto dei medici alla propria libertà, prevista dalla Corte Costituzionale, è necessario rispettare la coscienza di chi voglia assecondare la richiesta del paziente.

I PRINCIPI DEL SSN A CONFRONTO CON LE CONCEZIONI PERSONALISTICHE DI FINE VITA

Carlo Petrini - Direttore Unità di Bioetica e Presidente Comitato Etico Iss - Componente CNB

Punti chiave

- *L'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, lo definisce quale "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione (…)". Le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale sono dunque tre: promozione, mantenimento, recupero della salute fisica e psichica.*
- *La sentenza della Corte Costituzionale del 25 settembre 2019 attribuisce un ruolo cruciale ai comitati etici.*
- *Nella prospettiva etica del personalismo "tutelare la vita" significa rispettare il malato nella fase finale della vita, escludendo ogni possibilità di interventi volti sia ad anticipare la morte, sia a dilazionarla con l'applicazione di ogni forma di accanimento clinico.*

1. Introduzione

In una tra le possibili classificazioni[51] delle forme di eutanasia si opera la seguente distinzione:

- Dal punto di vista dell'operatore sanitario, l'eutanasia può essere:
  - Attiva, cioè realizzata mediante un'azione (per esempio: un'iniezione letale).
  - Omissiva, cioè realizzata astenendosi da un trattamento (per esempio: omettendo un trattamento che mantiene stabili le condizioni del paziente).
- Dal punto di vista del paziente, l'eutanasia può essere:
  - Involontaria, cioè praticata contro la volontà del paziente.
  - Non volontaria, in particolare nel caso in cui il paziente non sia cosciente e non abbia manifestato precedentemente la sua volontà mediante disposizioni anticipate di trattamento.
  - Volontaria, cioè chiesta dal paziente. L'eutanasia volontaria può configurarsi in due modalità:
  - Nel caso che il paziente non sia in grado di darsi la morte e chieda di essere fatto morire.
  - Nel caso che il paziente sia in grado di darsi la morte e chieda di essere messo in condizioni di farlo in modo sicuro e indolore (suicidio assistito).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica[52] distingue tra suicidio medicalmente assistito ed eutanasia.

Certamente sotto molti profili, e in particolare sotto il profilo giuridico, si possono effettuare distinzioni, ma sotto il profilo morale non intravedo differenze tra somministrare un preparato letale a una persona e fornire alla stessa persona il preparato letale affinché lo assuma per procurarsi la morte.

Non si intende qui discutere l'argomento, ma si considera la "assistenza medica al suicidio" come una forma di eutanasia.

Il titolo assegnato al presente contributo include due elementi: il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e la prospettiva etica personalistica.

2. Il contesto: il Servizio Sanitario Nazionale

2.1. Il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale

L'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207 del 24 ottobre 2018[53] e la successiva sentenza del 25 settembre 2019[54] non affrontano specificamente il tema della compatibilità tra l'assistenza medica al suicidio e le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, reputo che questo sia un tema su cui occorrerà una riflessione giuridica.

Infatti l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale[55], stabilisce che "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione (…)".

Le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale sono dunque tre: promozione, mantenimento, recupero della salute fisica e psichica.

L'art. 2 della medesima legge stabilisce che "Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare

51 Sesta L, Zagra M, Argo A. Bioetica e medicina. legale. In: Zagra M, Argo A. Medicina legale orientata per problemi. Milano: Edra, 2018; 2ª ed.: 115-53.

52 Comitato Nazionale per la Bioetica (a cura di: Amato S, Caporale C, Petrini C). I comitati per l'etica nella clinica. 31 marzo 2017.

53 Corte Costituzionale. Ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018.

54 Corte Costituzionale. Sentenza 25 settembre 2019. Comunicato.

55 Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Parte prima* 28 dicembre 1978; 360.

l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale."

2.2. Il ruolo dei comitati etici

Un ulteriore aspetto riguardante il Servizio Sanitario Nazionale, che sollecita particolarmente chi ha compiti riguardanti la bioetica all'Istituto Superiore di Sanità, è relativo al ruolo che la Corte Costituzionale, con la sentenza del 25 settembre 2019, attribuisce ai comitati etici. Infatti, "la Corte ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In attesa di un indispensabile intervento del legislatore, la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente".

La legge 11 gennaio 2018 n. 3[56] prevede (art. 2, comma 7) l'istituzione di quaranta "comitati etici territoriali" mediante decreto ministeriale da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge stessa. In base a tale legge (art. 2, comma 10) i comitati territoriali "sono competenti per la valutazione delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici e sui medicinali per uso umano" Al momento, però, il decreto ministeriale non è ancora stato emanato, e sono attivi novanta comitati etici istituiti sulla base del decreto 8 febbraio 2013[57]. In base a tale decreto i comitati etici "hanno la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona".

L'attuale assetto normativo attribuisce ai comitati etici funzioni cruciali nell'approvazione delle sperimentazioni cliniche.

Come evidenziato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, manca un adeguato assetto normativo per i comitati per l'etica clinica e non risultano iniziative per la promozione dell'etica clinica[58]. Al momento, infatti, non esistono regolamentazioni né iniziative di livello nazionale, ma soltanto provvedimenti di alcune Regioni (ed in particolare del Veneto, che ha istituito comitati etici per la clinica fin dal 2004[59 60] e del Friuli Venezia Giulia[61]).

Questa lacuna deve ora necessariamente essere colmata: la sentenza della Corte Costituzionale impone il parere di un comitato etico territoriale per le richieste di suicidio medicalmente assistito.

Allo stato attuale si intravedono in particolare tre possibili scenari:

Una prima possibilità è che i quaranta comitati etici territoriali, che dovranno essere istituiti in base alla citata legge 3/2018 (art. 2, comma 7), si occupino anche di casi clinici (tra cui le richieste di assistenza medica al suicidio).

Una seconda possibilità è che, mediante adeguati provvedimenti nazionali (e, secondariamente ove necessario, regionali) si costituiscano comitati di etica specificamente deputati alla valutazione di casi clinici.

La terza possibilità si colloca nel nuovo assetto previsto dalla stessa legge 3/2018, che ha imposto la riduzione del numero dei comitati dagli attuali novanta a quaranta. Ipotizzando che i quaranta comitati etici istituiti mediante decreto attuativo della legge coincidano con altrettanti comitati già esistenti (salvo variazioni nella composizione), 50 comitati sarebbero destinati alla soppressone.

I comitati già esistenti, ma non inseriti nel futuro decreto istitutivo dei quaranta comitati etici territoriali deputati a valutare le richieste di sperimentazioni cliniche, potrebbero essere abilitati per la valutazione di studi differenti rispetto alle sperimentazioni cliniche (es: studi osservazionali, studi con campioni biologici, etc.).

1. La prima possibilità pare difficilmente attuabile, anche perché, con l'imminente attuazione del Regolamento (UE) 536/2014[62], l'impegno dei comitati etici territoriali per la valutazione delle sperimentazioni cliniche è destinato ad aumentare. Di conseguenza, difficilmente tali comitati potranno occuparsi dei casi clinici.
2. La seconda possibilità è auspicabile: in Italia la promozione di comitati e servizi per l'etica clinica, è finora stata carente e tale lacuna deve essere colmata. Tuttavia, tale processo richiede inevitabilmente tempi lunghi, mentre la sentenza della Corte Costituzionale impone operatività in tempi brevi.
3. La terza possibilità si prospetta come particolarmente efficace, anche perché immediatamente operativa. Tra l'altro, essa consentirebbe di non disperdere le competenze, spesso di notevole valore, maturate nei comitati etici. Ciò, tuttavia, non esclude un impegno anche nella linea tracciata dalla seconda possibilità, al fine di promuovere, a livello nazionale, comitati etici e servizi dedicati all'etica clinica.

Le modalità con le quale i comitati etici si esprimeranno per i casi di suicidio medicalmente assistito dovranno essere ade-

56 Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* 21 gennaio 2018; 25.

57 Ministero della Salute. Decreto 8 febbraio 2013. Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* 24 aprile 2013; 96.

58 Petrini C. Towards clinical bioethics (or a return to clinical ethics?). *Clin Ter* 2013;164(6):e523-e527.

59 Regione Veneto. Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 4049 del 22 dicembre 2004. Interventi in materia di bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato Regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la pratica clinica. *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto* 25 gennaio 2005;9:234-52.

60 Regione Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale n. 983 del 17 giugno 2014. Disciplina della rete dei Comitati etici: riordino delle disposizioni relative al Comitato Regionale per la Bioetica e ai Comitati Etici per la Pratica Clinica. Modifica DGR n. 4049 del 22.12.2004, DGR n. 2870 del 4.10.2005, DGR n. 4155 del 18.12.2007, DGR n. 2520 del 4.8.2009, DGR n. 519 del 2.3.2010 e DGR n. 1081 del 26.7.2011. *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto* 8 luglio 2014;66:469-80.

61 Regione Friuli Venezia Giulia. Deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2016, n. 73. Istituzione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica. *Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia* 10 febbraio 2016;6:224-9.

62 Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea. Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE. *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea* 27 maggio 2014;L-158:1-76.

guatamente regolamentate. In ogni caso, è auspicabile che, come raccomandato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, il parere del comitato etico sia obbligatorio e non vincolante.

2.3. Alcuni dati da altri Paesi

"Without data you are just another person with an opinion", affermava William Edwards Deming. Un'analisi, seppur sommaria di ciò che accade in Paesi in cui vi sono normative che depenalizzano o legalizzano l'assistenza medica al suicidio richiederebbe una trattazione separata ed uno spazio adeguato. Tuttavia, senza alcuna pretesa di esaustività, può essere opportuno considerare alcuni dati relativi a Paesi in cui sono in vigore normative, che in varia forma, rendono possibile l'eutanasia.

In Belgio la legge risale al 28 maggio 2002[63]. Nel 2018 vi sono stati 2357 casi di eutanasia. Tra questi, 83 riguardano persone con disagi psichici[64]. Il numero di decessi causati da tale pratica è in costante aumento: 203 casi nel 2003[65], 953 nel 2010[66], 2022 nel 2015, 2028 nel 2016[67], 2309 nel 2017[68].

In Canada la legge che emenda il codice penale e altri atti, legalizzando la cosiddetta "assistenza medica alla morte", è stata approvata il 17 giugno 2016[69]. Il quarto rapporto sull'applicazione della legge, pubblicato il mese scorso, indica che tra il primo gennaio e il 31 ottobre 2018 vi sono stati 2614 casi di morte medicalmente assistita[70]. Anche in Canada il numero di decessi mediante eutanasia è in crescita: il primo rapporto sull'applicazione della legge indica 803 casi tra il 17 giugno e il 3 dicembre 2016, il secondo rapporto 1179 casi tra il primo gennaio e il 30 giugno 2017, il terzo rapporto 1525 casi tra il primo luglio e il 31 dicembre 2017.

In Olanda la legge che regolamenta l'eutanasia è stata adottata nel 2001 ed è operativa dal primo aprile 2002[71]. Ad essa ha fatto seguito il Protocollo di Groninga[72], dichiarato obbligatorio dall'Associazione Nazionale dei Pediatri[73] nel luglio 2005. Il protocollo prevede la possibilità per minori tra i 12 e i 16 anni di richiedere l'eutanasia con il consenso dei genitori. In Olanda vi è stato un costante aumento del numero di casi fino al 2017: 1.882 casi nel primo anno, 3.695 nel 2011, 5.306 nel 2014, 6685 nel 2017. Nel 2018[74], per la prima volta, vi è stato un calo: 6126 casi, cioè il 7% in meno rispetto al 2017. Vi è un dibattito sui motivi della diminuzione e si ritiene probabile che si tratti soltanto di una temporanea fluttuazione senza cause specifiche: dati non ufficiali indicherebbero che il numero di casi di eutanasia sia aumentato del 9% nel primo trimestre del 2019 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il numero di casi nel 2018 costituisce il 4% di tutti i decessi nel paese. Dei 6126 casi, 5898 (96,2%) sono stati di eutanasia, 212 casi (3,4%) di suicidio assistito e 16 (0,3%) una combinazione dei due. 144 casi hanno riguardato persone nelle prime fasi della demenza e 67 pazienti con disturbi psichiatrici. Il codice di condotta del 2018, elaborato dalla Commissione di Controllo dell'Eutanasia, prevede infatti che un paziente che "vuole ricevere l'eutanasia […] non deve per forza essere affetto da una patologia terminale. L'accumulo di difficoltà tipiche della vecchiaia - come problemi di vista, problemi di udito, osteoporosi, artrite, problemi di equilibrio, declino cognitivo - possono causare sofferenze insopportabili senza prospettive di miglioramento"[75].

3. Alcuni riferimenti istituzionali

1. Nel mondo intero, la World Medical Association è l'organizzazione di riferimento per la professione medica. L'Associazione ha adottato tre documenti specificamente dedicati all'eutanasia.

Il primo documento è la "WMA Declaration on Euthanasia", adottata in occasione della 39ª Assemblea Mondiale a Madrid nell'ottobre 1987 e riaffermata durante la 170ª sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltosi a Divonne-les-Bains nel maggio 2005[76]. Il testo integrale della dichiarazione è: "L'eutanasia, cioè l'atto di porre deliberatamente fine alla vita di un paziente, anche su richiesta del paziente o su richiesta di parenti stretti, è contro l'etica. Ciò non impedisce al medico di rispettare il desiderio di un paziente di consentire al processo naturale della morte di seguire il suo corso nella fase terminale della malattia".

Il secondo documento è il "WMA Statement on Physician Assisted Suicide", adottato in occasione della 44ª Assemblea Mondiale a Marbella nel 1992 e rivisto editorialmente durante la 170ª sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltasi a Divonne las Bains nel maggio 2005[77]. Il testo integrale del documento è: "Il suicidio assistito da un medico, come l'eutanasia, non è etico e deve essere condannato dalla professione medica. Quando l'assistenza del medico è intenzionalmente e deliberatamente diretta a consentire a un individuo di porre fine alla propria vita, il medico agisce in modo non etico. Tuttavia, il diritto di rifiutare le cure mediche è un diritto fondamentale del paziente e il medico non agisce in modo non etico, anche se il rispetto di tale desiderio comporta la morte del paziente".

Il terzo documento è la "WMA Resolution on Euthansia", adottata in occasione dalla 53ª Assemblea Generale a Washington nell'ottobre 2002 e confermata, con lievi variazioni, durante la 194ª sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltasi a Bali nell'aprile 2013[78]. Nelle conclu-

63 Loi relative à l'euthanasie. 28 Mai 2002. Moniteur Belge 22 Juin 2002: 28515-28520 / Wet betreffende euthanasie 28 Mei, 2002. Belgisch Staatsblad 22 Juni 2002.

64 Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Euthanasie: Chiffres de l'année 2018. Février 2019.

65 Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Premier rapport aux chambres législatives (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003). 22 Juin 2004.

66 Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie Cinquième rapport aux chambres législatives (Années 2010-2011). 22 Mai 2012.

67 Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015.9 Août 2016.

68 Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Huitième rapport aux Chambres législatives. Années 2016 – 2017. 12 Juin 2018.

69 First Session, Forty-second Parliament, 64-65 Elizabeth II, 2015-2016An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). S.C. 2016, c. 3. Assented to 17 June 2016.

70 Health Canada. Fourth Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada. April 2019.

71 Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedure) Act 2001.

72 Verhagen E, Sauer PJ. The Groningen protocol - euthanasia in severely ill newborns. New England Journal of Medicine 2005;352 (10):959–62.

73 Richtlijn Levensbeëindiging bij pasgeborenen, actieve.

74 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2018.

75 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Euthanasie Code 2018.

76 World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia. Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005.

77 World Medical Association. WMA Statement on Physician Assisted Suicide. Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005.

78 World Medical Association. WMA Resolution on Euthanasia. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed with minor revision by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013.

sioni si afferma "L'Associazione Medica Mondiale ribadisce la sua ferma convinzione che l'eutanasia sia in conflitto con i principi etici fondamentali della pratica medica e l'Associazione Medica Mondiale incoraggia vivamente tutte le associazioni mediche nazionali e i medici ad astenersi dal partecipare all'eutanasia, anche se la legislazione nazionale lo consente o lo depenalizza in determinate condizioni".

Nel mondo, oltre alla World Medical Association, una particolare autorevolezza è riconosciuta, per esempio, all'American College of Physicians. Nell'Ethics Manual dell'American College of Physicians [79], la cui settima edizione è stata pubblicata lo scorso gennaio aggiornando la precedente versione pubblicata nel 2016, si afferma: "Dopo attenta considerazione, il Collegio ha concluso che rendere legale il suicidio assistito dal medico pone gravi problemi etici, clinici e sociali. La raccomandazione principale del Collegio e dei suoi membri, compresi quelli che partecipano legittimamente alla pratica, è di garantire che tutte le persone possano beneficiare di una buona cura fino alla fine della vita, con la prevenzione o il sollievo della sofferenza nella misura possibile".

2. In Europa, i "Principi di Etica Medica" dell'European Council of Medical Orders, adottati il 6 gennaio 1987[80], prevedono all'art. 32: "In tutte le circostanze, la medicina implica il costante rispetto per la vita, l'autonomia morale e la libera scelta del paziente. Tuttavia, nel caso di condizioni incurabili e terminali, il medico può limitarsi ad alleviare la sofferenza fisica e morale del paziente dando un trattamento appropriato e mantenendo, per quanto possibile, la qualità di una vita prossima alla sua fine. È essenziale assistere una persona morente fino alla fine e agire in modo tale da mantenere la dignità di quella persona".

4. La prospettiva personalista

Il personalismo considera la persona come riferimento.

Nel presente paragrafo si propongono alcuni elementi riguardanti il personalismo nell'etica, e non ci si riferisce direttamente al personalismo nella Costituzione italiana. La ragione, la coscienza e la libertà sono considerate, dal personalismo, radici essenziali. Il personalismo evidenzia la distanza assiologica ed ontologica dell'uomo, capace di riflessione, dagli animali, considera la vita come valore fondamentale (non assoluto) e pone le persone in relazione. Il personalismo si distingue, quindi, dall'individualismo e dal soggettivismo[81]. Il personalismo in bioetica è stato portato soprattutto da Elio Sgreccia[82]. Tra i principi del personalismo (principio di libertà e responsabilità, principio di totalità o terapeutico e principio di socialità) e i principi nordamericani (autonomia, non maleficenza, beneficialità, giustizia secondo la proposta di Tom L. Beauchamp e James F. Childress[83]; rispetto per la persona, beneficialità, giustizia secondo l'impostazione della National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research[84]) si può facilmente tracciare un parallelismo, ma il personalismo inserisce i principi in una fondazione etica. Ignacio Carrasco de Paula riassume la formula di Sgreccia con una "prima e suprema norma personalista", che così enuncia: "L'atteggiamento adeguato nei confronti dell'uomo vivente in quanto tale consiste nel riconoscere incondizionatamente il suo essere e la sua dignità di persona, e più concretamente nell'amare l'inviolabilità della sua vita e nel tutelare la libera espressione del suo modo di essere, in primis sul versante dei diritti umani"[85]. Ancora Carrasco de Paula ribadisce i principi del personalismo ontologicamente fondato di Sgreccia nei termini seguenti: principio personalista (il paziente deve essere sempre il fine di ogni intervento medico); principio di prevalenza (il bene integrale del soggetto precede qualsiasi altro bene della collettività); principio del consenso (la partecipazione di ogni singolo soggetto deve essere consapevole e libera); principio della trasparenza (trasparenza ed indipendenza)[86].

Per delineare come l'etica personalista possa essere applicata nell'affrontare le problematiche inerenti la fine della vita utilizzerò parole non mie, bensì tratte dalla "Nuova Carta per gli Operatori Sanitari" del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari[87] [N.B.: Le doppie virgolette che compaiono in alcuni dei numeri sotto riportati sono motivate dal fatto che all'interno delle parti della Carta qui riportate vi sono citazioni tratte da altri testi].

N. 144. "Servire la vita significa per l'operatore sanitario rispettarla ed assisterla fino al compimento naturale. (…)".

N. 145. "(…) L'atteggiamento davanti al malato nella fase terminale della malattia costituisce la verifica della professionalità e delle responsabilità etiche degli operatori sanitari."

N. 146. "Il processo del morire è un momento della vita della persona che, seppure non reversibile, merita sempre cura e assistenza. (…)"

N. 147. "Al malato nella fase terminale della sua malattia vanno somministrate tutte le cure, che gli consentano di alleviare la penosità del processo del morire. Queste corrispondono alle cosiddette cure palliative (…)"

N. 149. "(…) Tutelare la dignità della vita significa rispettare il malato nella fase finale della vita, escludendo sia di anticipare la morte (eutanasia), sia di dilazionarla con il cosiddetto "accanimento terapeutico". Questo diritto è venuto emergendo alla coscienza esplicita dell'uomo d'oggi per proteggerlo, nel momento della morte, da "un tecnicismo che rischia di divenire abusivo". La medicina odierna dispone, infatti, di mezzi in grado di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio."

N. 150 "(…) [L'operatore sanitario] applica qui il principio (...) della proporzionalità delle cure, il quale viene così precisato: "Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto

79 Sulmasy L, Bledsoe TA, for the American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: Seventh edition. *Ann Intern Med* 2019; 170 (2, Supplement): S1-32.

80 European Council of Medical Orders. Principles of European Medical Ethics adopted on 6 January 1987, Appendix of the Principles adopted on 6 February 1995.

81 Galeazzi G. Personalismo. Milano: Editrice Bibliografica; 1998.

82 Sgreccia E. Manuale di bioetica. Vol. 1. Fondamenti ed etica biomedica. 4a ed. Milano: Vita e Pensiero; 2007.

83 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 1st ed.: 1978; 7th ed.: 2013.

84 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Publication OS 78-0012. 18 April 1979.

85 Carrasco De Paula I. Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista. *Medicina e Morale* 2004;54(2):265-78.

86 Carrasco De Paula I. General ethical principles on the use of "adult" stem cells. International Conference "Stem cells: what future for therapy?". Roma, 14-16 settembre 2006.

87 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Nuova Carta degli Operatori Sanitari. Città del Vaticano: 2016; 1ª ed.: 1994.

un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi". (…) La rinuncia a tali trattamenti, che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, può anche voler dire il rispetto della volontà del morente, espressa nelle dichiarazioni o direttive anticipate di trattamento, escluso ogni atto di natura eutanasica. (…) Il medico non è comunque un mero esecutore, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza."

N. 151. "Nessun operatore sanitario, dunque, può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente, anche quando l'eutanasia fosse richiesta in piena coscienza dal soggetto interessato. Inoltre, "uno stato che legittimasse tale richiesta e ne autorizzasse la realizzazione, si troverebbe a legalizzare un caso di suicidio-omicidio". Simili legalizzazioni cessano di essere una vera legge civile, moralmente obbligante per la coscienza, sollevando piuttosto "un grave e preciso obbligo di opporsi ad esse mediante l'obiezione di coscienza"."

N. 152. "La nutrizione e l'idratazione, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure di base dovute al morente, quando non risultino troppo gravose o di alcun beneficio."

N. 165. "L'inviolabilità della vita umana significa e implica, da ultimo, l'illiceità di ogni atto direttamente soppressivo. (…) In particolare "niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato, inguaribile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. (…)""

N. 168. "La pietà suscitata dal dolore e dalla sofferenza verso malati nella fase terminale della malattia, bambini anormali, malati mentali, anziani, può costituire il contesto nel quale si può fare sempre più forte la tentazione dell'eutanasia, cioè di impadronirsi della morte, procurandola in anticipo e ponendo così fine "dolcemente" alla vita propria o altrui. (…) In realtà, ciò che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta assurdo e disumano. Siamo di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della cultura della morte che, soprattutto nelle società più sviluppate, fa apparire troppo oneroso e insopportabile l'onere assistenziale che persone disabili e debilitate richiedono. Società quasi esclusivamente organizzate sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente disabile non ha più alcun valore.""

N. 169. "Il personale medico e gli altri operatori sanitari – fedeli al compito di "essere sempre al servizio della vita e assisterla fino alla fine – non possono prestarsi a nessuna pratica eutanasica neppure su richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi congiunti. (…)"

N. 170. "" Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia, esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto." (…)"

5. Sei obiezioni e (tentativo di) replica

Si enunciano qui sei tra le varie obiezioni che possono essere sollevate all'impostazione sopra proposta. A ciascuna di esse si prova a replicare[88].

5.1. Rispetto dell'autonomia

Argomento:

La legge dovrebbe rispettare il diritto delle persone di decidere il tempo e le modalità della propria morte, almeno per i malati terminali e coloro che hanno sofferenze insopportabili.

Replica:

a) Limiti al rispetto dell'autonomia:

- L'autonomia è un valore, ma il rispetto dell'autonomia ha dei limiti.
- Il diritto a un'iniezione letale dal medico non è maggiore del diritto all'amputazione di una gamba sana.

b) Protezione delle persone vulnerabili

- Le persone più vulnerabili possono subire pressioni, reali o immaginarie, a mettere fine alla propria vita. Le associazioni di disabili, infatti, spesso sono tra le più attive contro la legalizzazione o la depenalizzazione dell'eutanasia.

5.2. Compassione

Argomento:

Il medico ha un dovere di compassione e di lenire le sofferenze, anche se ciò comportasse la somministrazione di un'iniezione letale.

Replica:

a) Limiti alla compassione

- Il dovere di lenire le sofferenze non è illimitato: trova il suo limite nel non procurare intenzionalmente la morte.
- La vocazione del medico è lenire le sofferenze, non procurare la morte.
- Il medico ha il dovere di lenire le sofferenze anche se, come effetto non voluto, vi è l'accorciamento della durata della vita.

b) Cure palliative

- Le cure palliative sono efficaci.

c) Dolore insopportabile?

- Varie leggi che hanno legalizzato o depenalizzato l'eutanasia sono state, via via, ammorbidite consentendo la pratica anche per persone depresse, anziani, bambini (Olanda), "incapaci di intraprendere azioni che rendano piacevole la vita" (Oregon).

d) Compassione per la persona non competente

- Se la compassione giustifica l'atto di porre fine alla vita di una persona sofferente, perché non giustifica l'atto di porre fine alla vita di una persona sofferente incompetente, che non è in grado di chiedere l'eutanasia?
- Perché la compassione deve essere riservata solo alle persone competenti?

5.3. Ipocrisia legale

Argomento:

La legge consente di somministrare farmaci che, come effetto collaterale, abbreviano la durata della vita. Pertanto, è un'ipocrisia che la legge impedisca l'eutanasia.

Replica:

- Vi è una profonda differenza tra procurare e prevedere l'abbreviazione della vita.
- Le cure palliative, se adeguatamente somministrate, non abbreviano la vita.

5.4. Diritto al suicidio

Argomento:

In numerose nazioni il [tentativo di] suicidio è stato depenalizzato: se esiste un diritto a suicidarsi, dovrebbe essere legale assistere qualcuno ad esercitare tale diritto.

Replica:

- L'argomento è errato: la depenalizzazione del suicidio non rappresenta il riconoscimento di un diritto al suicidio.
- La depenalizzazione deriva dal riconoscimento che la tendenza suicida in ge-

88 Keown J. Voluntary Euthanasia and Physician-assisted Suicide: Should the WMA Drop its Opposition? *World Medical Journal* 2016;62(3)103-7.

nere è associata a disturbi psichiatrici, e che la prevenzione più efficace deriva dall'assistenza socio-sanitaria, e non dalla giustizia penale.

5.5. Fallimento legale
Argomento:
Il divieto dell'eutanasia è inefficace: l'eutanasia è praticata illegalmente. La depenalizzazione renderebbe la pratica trasparente e soggetta a un efficace controllo.

Replica:
- Tutte le leggi sono infrante, ma questo non è un argomento per abrogarle.
- L'argomento che la legalizzazione rende il fenomeno aperto e controllabile è smentito dai fatti: i rapporti nazionali annuali indicano che nei Paesi dove l'eutanasia è legale (es.: Belgio, Olanda) solo una parte dei casi di eutanasia viene regolarmente registrata (20% in Olanda, 50% in Belgio).

5.6. Religione
Argomento:
L'opposizione all'eutanasia si basa su motivazioni religiose. Non è ammissibile imporre una visione religiosa a chi non è credente o si riconosce in altre religioni

Replica:
- Per motivare l'inammissibilità di un diritto alla morte riconosciuto dallo Stato non occorrono argomenti religiosi: sono sufficienti argomenti basati sull'antropologia e sul diritto naturale.

6. Per (non) concludere

"Ci stiamo spostando troppo sul tema del consenso sottovalutando il tema della solidarietà e della sofferenza"[89]: questo è il monito pronunciato dal Presidente emerito della Corte Costituzionale Giovanni Maria Flick, intervenuto in audizione alla Camera dei Deputati, presso le Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia.

7. Postilla

L'Istituto Superiore di Sanità non è un istituto di ricovero e cura e non gestisce pazienti. All'articolo 1, comma 1, dello Statuto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), adottato con decreto del Ministro della Salute il 24 ottobre 2014[90], si stabilisce che l'Istituto "è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e persegue la tutela della salute pubblica, in particolare attraverso lo svolgimento delle funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione". All'articolo 2, comma 1, del medesimo Statuto si precisa che l'Istituto "esercita le proprie funzioni (…) attraverso: a) la genesi di conoscenza; b) la produzione di evidenze; c) il trasferimento della conoscenza e delle evidenze; (…)".
L'Istituto Superiore di Sanità, non è quindi direttamente coinvolto sui temi della gestione della fine della vita. L'Unità di Bioetica, tuttavia, partecipa al dibattito istituzionale[91] e non può non essere sensibile a temi di una portata etica così rilevanti quali quelli riguardanti la fine della vita.
L'Istituto Superiore di Sanità ha, invece, una responsabilità cruciale nell'approvazione e adozione delle linee guida[92] [93].
Le linee guida devono essere conformi alla deontologia e trasparenti.
Desta, pertanto, inquietudine constatare, per esempio, che in alcuni Paesi sono disponibili linee guida per assistere nel percorso verso la morte le persone che, consapevolmente, decidono di rifiutare di mangiare e bere[94]. Solleva anche interrogativi il fatto che alcune linee guida cliniche sull'argomento siano ottenibili solo dietro motivata richiesta scritta[95].

Nota di aggiornamento
Il 26 ottobre 2019, otto giorni dopo lo svolgimento del Convegno organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma, la World Medical Association, in occasione della 70ª Assemblea Generale svoltasi a Tbilisi (Georgia), ha adottato una nuova "Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide"[96], nella quale si conferma il rifiuto di ogni pratica di eutanasia e di suicidio medicalmente assistito: "Nessun medico dovrebbe essere costretto a partecipare all'eutanasia o al suicidio assistito, né nessun medico dovrebbe essere obbligato a prendere decisioni di rinvio a tal fine. Separatamente, il medico che rispetta il diritto fondamentale del paziente di rifiutare il trattamento medico non agisce in modo non etico nel rinunciare o nel rifiutare le cure indesiderate, anche se il rispetto di tale desiderio provoca la morte del paziente".

I DIRITTI DELLA PERSONA NELLA SFERA DELLA MEDICINA

Pasquale Macrì - Odinario di Medicina Legale Unisi - Componente CND Fnomceo

Grazie presidente, grazie agli organizzatori ed un saluto a tutti i colleghi, entro subito nel merito perché il tempo è contingentato e gli argomenti da trattare sono tanti e complessi, soprattutto dopo quanto ascoltato in alcune delle relazioni che hanno preceduto. Il titolo della mia relazione concerne "I diritti della persona nella sfera della medicina". Mentre preparavo queste slide stavo introducendo, come d'abitudine, la slide con la dichiarazione di assenza del conflitto di interessi che dobbiamo sempre produrre; e mi sono detto: "qui non c'è conflitto di interesse".

89 Giovanni Maria Flick. Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia.7 maggio 2019.

90 Ministero della Salute. Decreto 24 ottobre 2014. Approvazione dello Statuto dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* 18 novembre 2014; 268.

91 Petrini C. Audizione nell'ambito dell'esame delle proposte di legge n. 2, d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi e C. 1655 Rostan, recanti "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia". Camera dei Deputati, Commissioni Affari Sociali e Giustizia, 4 giugno 2019.

92 Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale.* 17 marzo 2017; 64.

93 Ministero della Salute. Decreto 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* 20 marzo 2018; 66.

94 Royal Dutch Medical Association (KNMG). Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. 2014.

95 Collège des Médecins du Québec, Ordre des Pharmaciens du Québec, Collège des Infirmières et Infirmiers du Québec. Guide d'Exercice sur l'Aide Médicale à Mourir. 10 Septembre 2015.

96 World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

Ma ripensandoci, alla luce di quanto esposto dai precedenti relatori, mi sbagliavo. E allora farò la mia dichiarazione di conflitto di interesse: sono medico!

È chiaro che noi medici, a fronte di tali tematiche, abbiamo forti e motivati interessi, come professionisti, con il nostro essere e costituire la Professione, vi chiedo oggi lo sforzo di seguirmi sia come medici che come persone, proprio come quelle persone di cui parleremo, quello persone che soffrono, i veri titolari dei diritti oggi novellati, mentre noi siamo, invece, portatori di legittimi, forti, validi, sostenendi interessi.

Questa distinzione non è estranea alla Medicina perché la nostra "norma stellare" è l'art. 32 della Costituzione; un articolo che parla di salute nell›orizzonte, unico ed invalicabile, della libertà e della dignità delle persone. Quando noi studiavamo, l›art. 32 era l'unica norma costituzionale che governava la nostra azione professionale, oggi noi non possiamo ragionare di medicina giuridica o di qualunque assetto giuridico connesso con la medicina, senza invece avere innanzi una costellazione normativa, non abbiamo più un articolo guida, il 32, ma quantomeno i disposti armonici dell›art. 2, dell'art. 3 e dell'art. 13, 1°comma, assieme ai principi latenti nei primi articoli della Corte Costituzionale. Non vi voglio spaventare – si tratta di concetti già noti - l›art. 32, si configura come una summa di questi articoli, anzi non lo si può più leggere se non come un articolo "riassuntivo" delle disposizioni degli artt. 2, 3 e 13, 1°comma, quasi fosse una norma speciale, nel "genus salute" di molti diritti garantiti dalla Costituzione. È bellissimo! E allora leggiamolo: "la

Repubblica tutela la salute", guardate quanto è evocativo il verbo tutelare; tutelare vuol dire vigilare con rispetto e premura, tutelare è ciò che fa il buon padre verso i figli, li tutela, li vuol far crescere in libertà ed autonomia non solo governandone la salute.

Autonomia non è una parolaccia, è un›espressione carica di sentimenti ed aspirazioni fortissimi che conferiscono dignità alla persona. Ai nostri figli diciamo sempre che devono incrementare la propria autostima, devono cioè accrescere la propria capacità di decidere per se stessi. Non dobbiamo aver paura, non lasciatevi spaventare da concetti che sono belli e forieri di progresso, come quelli di autodeterminazione e di autonomia. Oggi li ho sentiti usare e declinare quasi alla stregua di disvalori, di terribili flagelli per la Società e per la Professione; sono quelli – invece - gli stessi concetti che ci rendono Uomini, che ci fanno Persone ed a tal proposito concedetemi una premessa etica. Io procedo in punta di piedi sul piano etico però abbiamo sentito eticisti con un'impronta giuridica anche piuttosto forte (a tratti – forse – troppo legata a - pur rispettabili – vincoli accademici o confessionali), che citavano Edmund Pellegrino, io l'ho avuto ospite ad un convegno,

tanti anni fa, ma non possiamo, di certo, proporlo come paladino di un'etica medica universale e progressista; diciamo che quella di Edmund Pellegrino è una posizione, scarsamente condivisa ed improvvidamente sostenuta, di un intellettuale dell'etica. Se dovessi citare un eticista americano, farei invece riferimento al più complesso ed articolato pensiero di Tristan Engelhardt Junior, pensiero profondo, estremamente ricco di senso. Questi, verso la fine del secolo scorso, scrisse una frase che, purtroppo, ancora oggi risuona programmatica. Engelhardt ammoniva i medici dicendo loro che "alle soglie del ventesimo secolo" avrebbero dovuto "iniziare a prendere sul serio la libertà"! Si tratta di un monito molto importante, che dà la misura di quanto ancora il rapporto tra medicina e libertà sia irrisolto ed insufficientemente riflettuto.

La Medicina deve ancora introiettare l›eco delle due grandi rivoluzioni europee del ‹700. La rivoluzione culturale ed economica originata dalla Habeas Corpus Act, nel 1679 ha sancito il principio – cardine del diritto moderno e contemporaneo - dell›inviolabilità della persona umana.

Successivamente, con la rivoluzione francese, il suddito si emancipa, divenendo citoyen e così partecipando degli stessi principi di egalité, fraternité e solidarité che divenivano originariamente propri di tutto il gruppo di appartenenza, essendo costoro riconosciuti dallo Stato come dotati di pari dignità di fronte alla Legge.

Il cittadino ha quindi diritti (direi, meglio, il cittadino è una somma di diritti e doveri), diviene persona, il corpo stesso ha diritti. Alcuni di questi diritti sono stati ulteriormente avvalorati dalla nostra Carta Costituzionale che li ha definiti come fondamentali (salute) ed addirittura come inviolabili (dignità e libertà). Sono proprio tali fondamentali ed inviolabili diritti che ci rendono cittadini e non sudditi, che ci individuano come corpi di persone e non come corpi di schiavi.

E tale rapporto tra corpo, libertà e dignità, costituisce il nucleo interpretativo dell›art. 32 della costituzione. Ripetiamo spesso che la Repubblica tutela la salute ma dobbiamo analizzare e comprendere quale sia il modo attraverso il quale l›Ordinamento esplica tale tutela. Il primo comma dell›art. 32, a tal proposito, è chiaro ed incisivo "la Repubblica tutela la salute" in due modi, letteralmente affiancati e non disgiunti, non in contrasto. In buona sostanza la salute è tutelata sia come diritto fondamentale dell›individuo che al contempo, ovvero non disgiuntamente, come interesse della collettività. Compito dello Stato è quello di armonizzare il diritto degli individui e l›interesse della collettività.

Nel caso del suicidio assistito, lo Stato deve cercare di armonizzare il diritto degli individui a non prospettarsi una morte indignitosa e non accettata e l›interesse, di un particolare corpo della collettività, quello dei medici, che intendono esercitare la professione nel rispetto della propria concezione etica e finanche religiosa. Armonizzare, questo è il problema ed al tempo stesso questa è la soluzione.

Proprio di questa armonizzazione tratta l›art. 32 della Costituzione laddove, a chiare lettere, dispone che la Repubblica tuteli la salute sotto due coesistenti prospettive: il fondamentale diritto dell›individuo e (congiunzione) l›interesse della collettività.

Oggi ho qui sentito alcuni eticisti confessionali fare convinto riferimento ad un concetto di "dignità oggettiva" della persona.

Tale riferimento non può che generare perplessità e paura. Cosa significa dignità oggettiva? Chi stabilisce cosa è degno per me o per qualsiasi terza persona? Quali sono i parametri oggettivi della dignità? Sotto quale grado di tale parametrazione si potrebbe parlare di vita indegna nella prospettazione della sacralità della stessa? Chiunque tenti di dare una risposta o proponga soluzioni ai quesiti esposti navigherebbe nel mare degli errori e nell›orizzonte della violenza istituzionale. E› bene, pertanto, che l›individuo indichi e proponga il proprio concetto di vita degna ed indegna e fissi egli stesso l›asticella della indegnità al proprio livello di sopportazione, senza indebite e violente interferenze.

Non a caso il terzo comma dell›art. 32 nega il sindacato valutativo sulle scel-

te di salute sinanche alla Legge laddove questa contrasti con la dignità della persona: "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Diverso sarebbe stato se l›espressione letterale fosse stata altrimenti formulata, facendo riferimenti a caratteristiche oggettive della persona, o al proprio status biologico o giuridico. Ma così non è, legando l›art. 32, in modo indissolubile, i concetti di libertà (secondo comma) e di dignità (terzo comma). E› chiaro, quindi, che laddove l›armonizzazione tra il fondamentale diritto dell›individuo alla salute (governata dall›autodeterminazione) e l›interesse della collettività, si collochino in posizione antitetica, non può che prevalere il primo sul secondo, trattandosi dell›esercizio di diritti inviolabili (art. 2 Cost.). In tal caso l›interesse della collettività deve declinarsi nell›inderogabile dovere di solidarietà sociale, pure previsto dallo stesso art. 2. Vero, è infatti, che diritti ed interessi hanno lo stesso substrato ontologico o concettuale, sono infatti delle aspirazioni ma i primi assurgono a un rango nettamente superiore in quanto sostenuti da specifiche norme giuridiche, in questo caso di caratura costituzionale e più specificatamente ancora all›altissimo livello della inviolabilità. Sempre a mente dell›art. 2, giova qui ricordare come la Repubblica non solo deve riconoscere i diritti inviolabili dell›uomo ma li deve "garantire" ("La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell›uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l›adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"). A tal proposito, in relazione ai citati, inderogabili, doveri di solidarietà sociale reputo che l›espressione "suicidio medicalmente assistito" debba essere superata dalla più consona espressione di "suicidio socialmente assistito".

E› la società infatti che si articola in organismi complessi ben oltre la semplice sfera della classe medica o comunque degli esercenti le professioni sanitarie, che deve farsi carico di non abbandonare quel socio debole che intende garantirsi una dignitosa fine proprio con l›esercizio di un estremo gesto di libertà. A volte decidere - e non subire la morte - rende il morire esperienza umana ed accettabile.

Sempre a contrastare (invero in modo estremamente efficace) il fallace concetto di dignità oggettiva, interviene il primo comma dell›art. 13 Cost. che definisce inviolabile la libertà personale che non è solo libertà di azione, di movimento, ma anche e soprattutto, di autonomo pensiero, di espressione, di comunicazione e di governo della propria esistenza. L›articolo fa riferimento infatti non alla libertà di tutti ma alla libertà personale di ognuno. Oggi qualche relatore ha usato il concetto di dignità in modo quasi dispregiativo, voglio qui ricordare che non si tratta di una brutta parola o di un concetto pericoloso, è lo spregio della libertà e della dignità personale a costituire disvalore etico, non il loro rispetto. Noi medici dobbiamo imparare, come diceva Engelhardt a non aver paura della libertà e della dignità, non sta a noi postularne il significato ma certamente è nostro dovere praticarne il rispetto. Dobbiamo fare come gli antichi romani, essi importavano il pensiero e la speculazione filosofica dalla Grecia che seppero poi calare nella prassi e nelle azioni concrete in modo più efficace di altri popoli. Dobbiamo emulare gli antichi romani, importare dalla filosofia, dall›etica e dal diritto le definizioni e le concettualità, ma dobbiamo apprendere ad azionarle nell›interesse della nostra dignità professionale e, soprattutto, nell›interesse della dignità di coloro che si affidano alle nostre cure. Non possiamo e non dobbiamo più nasconderci dietro destrutturati scudi o sistemi etici talmente storicizzati da non potersi nemmeno raffrontare con la realtà medica e tecnologica attuale.

La Medicina non rinnega ma trascende la propria storia. Come in tutte le discipline, la dimensione storica arricchisce la cultura ma non può avere efficacia se non incrementa il progresso della stessa disciplina. Da sempre la querelle des Ancien et des Modernes, sono state vinte dai moderni.

Quanto è cambiato il nostro modo di esercitare la professione, non nei secoli ma negli ultimi venti anni? Come è possibile, dunque, che solo la deontologia possa e debba rimanere disciplina non aderente ai mutamenti sociali? Dovrà essere la deontologia una disciplina di retroguardia o di avanguardia? Mi piacerebbe poter definire l›elaborazione deontologica contemporanea come disciplina di avanguardia, ricca di tradizioni, tradizioni che devono dare linfa alla produzione di nuovi e vigorosi rami ed ampie foglie che offrano ristoro ai professionisti ed ai cittadini.

Siamo a Parma e voglio rendere omaggio al genus loci, il grande Giuseppe Verdi. Egli negli ultimi anni della propria vita, nel ribadire il valore della tradizione, esortava a tornare all›antico, ma negli stessi anni componeva il Falstaff e l›Otello, due opere modernissime che hanno aperto il ‹900.

Proprio l›antico che apre al nuovo rappresenta la sintesi di un concetto fluido ed aderente di elaborazione deontologica. Ho sentito tanti colleghi, a proposito della questione del suicidio socialmente assistito reclamare dal Legislatore la specifica previsione dell›obiezione di coscienza. Ritengo che, laddove il Legislatore avesse – come ci auguriamo – ad intervenire sulla materia, non potrebbe che prevedere l›obiezione di coscienza se non altro per rispetto al principio di coerenza interna dell›Ordinamento, essendo la stessa prevista dalla Legge 194/78, per l›interruzione volontaria della gravidanza. Il Legislatore non potrebbe trattare in modo difforme due situazioni sostanzialmente sovrapponibili. Nel caso dell›interruzione di gravidanza infatti, così come nel suicidio socialmente assistito, l›esercente la professione sanitaria è chiamato ad intervenire per porre in essere condotte attive atte ad interrompere la vita del nascituro o dell›aspirante suicida. Avendo lo Stato già previsto l›obiezione di coscienza nella situazione normata, non v›è ragione per ritenere che questa non debba essere prevista de jure condendo.

Occorre, infine, rilevare che il Legislatore del 2017, al VI comma dell›art. 1, della Legge 219, prevede che il paziente non possa: "esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale e alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali".

Pertanto, laddove si prospettasse la necessità di modificare qualche articolo del codice di Deontologia Medica, ed in particolare l›art. 17, si potrebbe lasciare intatta la natura illecita dell›eutanasia, limitandosi a prevedere la non assoggettabilità al procedimento disciplinare di coloro che, nei modi e nel perimetro previsto dalla normativa nazionale, collaboreranno ad integrare l›inderogabile dovere di solidarietà sociale nei confronti di chi non sopporta di vivere indecorosamente il processo del morire.

TERZA SESSIONE
L. 219/2017 Tra diritto del paziente e dovere del medico: il lenire la sofferenza e l'accompagnamento nel fine vita evitano l'ideazione suicidaria?

Presidenti: Filippo Anelli, Pierantonio Muzzetto

Moderatore: Claudio Buccelli - Ordinario Medicina Legale Unina - Componente CND Fnomceo

LE NUOVE INTERRELAZIONI TRA ETICA DIRITTO E DEONTOLOGIA NEL FINE VITA

Gianfranco Iadecola - Giurista - Già Magistrato della Corte di Cassazione

Grazie per l'invito a Piero Muzzetto che è stato capace di regalarci una giornata così proficua e così intensa dove i contributi sono talmente numerosi che sarebbe un fuor d'opera adesso anche tentare di assumerli. Da parte mia, anche considerati i tempi che necessariamente e giustamente si restringono nell'ora pomeridiana, anche per dare spazio al dibattito, mi limiterò a qualche rapida considerazione, a qualche osservazione. Chi studia o segue comunque gli orientamenti giurisprudenziali in materia di rilevanza del consenso del paziente a trattamento medico chirurgico ha facilmente modo di constatare come negli ultimi quindici anni almeno si sia progressivamente verificato una sorta di trionfo, direi, della concezione volontaristica della medicina fondata sull'acquisizione del consenso del paziente previamente informato da parte del medico. Si è arrivati ad affermare persino, cosa che ha stravolto i parametri tradizionali di valutazione, che il rifiuto di cure salvavita del paziente, quello che il Testimone di Geova oppone quando gli viene proposta la necessità di una trasfusione di sangue *quoad vitam* vincoli il medico. Avevamo sempre saputo diversamente, i Procuratori della Repubblica, interpellati dal medico di Pronto Soccorso su come regolarsi rispetto ad un paziente che abbisognava di trasfusione e la rifiutava, hanno sempre detto: "stai attento a come ti comporti, rischi però, se rispetti la volontà del malato e lo abbandoni al processo di morte, non già se intervieni eseguendo la trasfusione salvandogli la vita." E i medici si sono regolati in questo modo, occorre dire per molto tempo, magari essendo esposti poi alla denuncia per violenza privata da parte del Testimone di Geova che pure avevano contribuito a salvare. Sicché anche la questione relativa alla possibilità di intervenire adducendo uno stato di necessità rispetto al paziente *compus sui* a rischio di vita è ormai ordinariamente risolta in campo dottrinale, ma anche in campo giurisprudenziale di merito, per lo meno (non ci risulta che la Corte di Cassazione si sia pronunciata in tema) nel senso che ***voluntas*** *aegroti* ***suprema lex***, è la volontà del paziente che regola le scelte del medico all'unica condizione che il paziente sia capace di intendere e di volere e sia maggiorenne. Questo non ci può portare ad affermare che sia il consenso del paziente il fondamento della liceità e della legittimità dell'attività medico-chirurgica e l'argomento dirimente al riguardo è il fatto che anche a fronte di un paziente incosciente, ma bisognoso di cure, il medico è obbligato senz'altro ad intervenire, essendo pacificamente condiviso che in questi contesti riemerga il cosiddetto principio di beneficialità, è quella che viene definita posizione di garanzia del medico. Il caso Welby, il caso Englaro hanno persino portato, questo secondo soprattutto, all'affermazione, per via giudiziaria se vogliamo, del testamento biologico; è la via giudiziaria al testamento biologico l'apertura a questa strada che vien consacrata dalla sentenza della 3^ Sezione civile della Cassazione del 2007 del caso Englaro, in cui si riconosce rilievo persino a una volontà non esplicitata in termini formali, non garantita da autenticità di raccolta, non dimostrata come preventivamente informata, ma unicamente espressa e manifestata in ambito amicale da parte del paziente. Il principio sotteso a queste proposizioni è che il paziente sia titolare del bene della propria salute e possa disporne liberamente. Questo primato della volontà del paziente nelle scelte mediche viene consacrato dalla l. n. 219 del '17, il cui "successo", la cui condivisibilità, a parte la circostanza non frequente che è scritta in termini finalmente leggibili e condivisibili sul piano anche tecnico, sta nel fatto che essa non abbia fatto che cristallizzare in precetti giuridici gli insegnamenti giurisprudenziali. Voi ritrovate in materia del consenso del paziente di informazione nient'altro che i pronunciamenti della 3^ Sezione Civile della Corte di Cassazione, che scandiscono le caratteristiche di una informazione che rende il consenso valido. Questa legge sancisce, e in modo definitivo, il diritto del paziente a rifiutare le cure quand'anche salvavita e naturalmente a lasciarsi morire al cospetto di un medico che deve rispettarne la volontà. Ora, su questo scenario irrompe, del tutto inaspettata, occorre dire, la pronuncia della Corte Costituzionale. Il diritto vivente era distante dalle posizioni che questa Ordinanza assume, era direi semmai ispirato al principio della posizione di garanzia del medico che, nel rispetto della volontà del paziente, opera le scelte che ritiene opportune. Erano principi fondati sulla regola di fondo della libertà e dell'autonomia terapeutica del medico, che la Corte Costituzionale stessa aveva in più occasioni predicato, affermandone persino la sottrazione agli interventi del legislatore (ogni volta in cui si tratti di materia tecnica, prevale la scelta libera e responsabile del medico). Su questo scenario irrompe questa decisione che sembra sostanzialmente garantire al paziente un diritto, una situazione giuridica soggettiva che legittima una pretesa di assistenza nel suicidio quando ricorrono determinati requisiti, a tutela della dignità del paziente. Il paziente, infatti, può non ritenere tollerabile per il proprio senso di una morte dignitosa il lasso temporale indeterminato che intercorre tra la attuazione delle cure palliative e la stessa sedazione profonda e la morte. Così si passa dal riconoscimento del diritto di rifiutare le cure alla "autorizzazione" di un intervento agevolativo del suicidio, rivoluzionando una

tradizione interpretativa che sembrava ormai davvero un diritto acquisito. Qual è il punto critico di questa decisione? Che non dedica attenzione alla posizione del medico, se non che per la prefigurazione del riconoscimento dell'obiezione di coscienza. Il medico è il convitato di pietra, di lui si tratta, lui è colui che deve selezionare i soggetti e deve prescrivere la somministrazione del farmaco mortale, eppure i problemi deontologici di questa categoria nell'adozione di questi comportamenti non vengono minimamente adombrati. Egli ha una vocazione etica completamente diversa, che non viene minimamente resa oggetto di riflessione né viene minimamente approfondita, e rimane sprovvisto di disamina il fatto che il medico abbia un preciso dovere deontologico che è opposto al comportamento che gli si va praticamente a sollecitare, salva l'obiezione di coscienza. Né sfugge che attraverso tale decisione la Corte Costituzionale faccia supplenza, ossia faccia quello che molte volte ha detto di non essere in grado di fare per non averne il potere: essa qui detta le condizioni, fa politica legislativa ed impone le sue scelte al Parlamento.

Qualche rapida osservazione. Primo direi, la posizione di garanzia del medico vede stravolto il suo contenuto; essa si arricchisce dell'intervento agevolativo del suicidio del paziente. Secondo, a mio giudizio, ma sottopongo a voi che avete su questi profili sicuramente più competenza di me, vi è anche una lesione di quella autonomia tecnico-operativa del medico che la norma deontologica richiama nell'art. 22 e che ha un fondamento costituzionale (la autonomia diagnostico-terapeutica del medico ha fondamento negli artt. 9 e 33 della Carta Costituzionale, per affermazione della stessa Corte Costituzionale che l'ha riconosciuta più volte). Ora, quando la Corte individua le quattro condizioni (cliniche e non) del paziente che gli consentono l'accesso al suicidio assistito, non impedisce al medico di valutare in autonomia ed eventualmente modo diverso il contesto particolare del malato e quindi di proporre ed operare una scelta diversa da quella agevolativa della morte?

Non sembra di poter dire che la decisione della Corte Costituzionale rappresenti l'evoluzione del percorso giurisprudenziale-normativo precedente, ed in particolare della legge n. 219/2017, perché questa legge considera non superabili i precetti della deontologia medica!

La deontologia medica non può ignorare questa decisione e dovrà svolgere una riflessione sulla sua incidenza sulla previsione dell'art. 17, nel senso di valutarne l'eventuale variazione (a parte il confronto con il contenuto motivazionale della recente sentenza, quando sarà pubblicato). Dovrebbe essere una riflessione cui partecipi anche la base della classe medica, che dovrebbe maggiormente appropriarsi della sua deontologia, non lasciandone la determinazione ad una èlite di soggetti. Grazie.

DISPOSIZIONI E DICHIARAZIONI NELLA RELAZIONE DI CURA. ASPETTI BIOETICI E BIOPOLITICI

Lucio Romano - Parlamentare e Componente CNB

Abstract

"Disposizioni e Dichiarazioni nella relazione di cura. Aspetti bioetici e biopolitici", nell'ambito del Congresso nazionale su "Il suicidio assistito tra diritto e deontologia. La legge, il consenso e la palliazione. I chiaroscuri dell'ordinanza 207/18 della Corte Costituzionale", è una necessaria opportunità per analizzare con metodologia interdisciplinare un tema particolarmente complesso, attuale, dagli innumerevoli interrogativi e dai costanti conflitti bioetici e biopolitici.

La *Legge n. 219/2017 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, è in vigore dal 31.1.2018[97] ed è stata definita comunemente come la legge sul biotestamento o delle DAT.[98]

A sua volta la Corte costituzionale, richiamando anche la suddetta legge, con l'ordinanza n.207/2018 ha "rilevato che l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione, da bilanciare con un'appropriata disciplina".[99] Con la recente sentenza n.242/2019 la Corte ha ratificato la non punibilità dell'aiuto al suicidio "per garantire la prevalenza della legalità costituzionale su quella di lasciare spazio alla discrezionalità del legislatore", per quanto solo a ben precise e determinate condizioni.[100]

Nella seguente Relazione prenderemo in considerazione dapprima alcuni aspetti della legge n.219/2017 e, successivamente, la sentenza della Corte costituzionale sull'art.580 del Codice penale e vale a dire sull'istigazione o aiuto al suicidio in merito al caso Cappato.

Introduzione

In via preliminare, alcune considerazioni introduttive.

La relazione verte su alcuni aspetti bioetici che hanno maggiormente caratterizzato il dibattito parlamentare nella XVII legislatura nel corso dell'approvazione della legge, e che continuano ad essere oggetto di riflessioni e approfondimenti.

Pur nella vastità degli argomenti e delle molteplici problematicità che l'argomento evoca, nella diversità dei fondamenti antropologici e valoriali oggetto di costante dibattito, fondo l'argomentazione nella prospettiva della relazione di cura e non del contrattualismo; della fiducia del paziente che incontra la coscienza del medico; dell'accompagnamento e non dell'abbandono; della proporzionalità e non della futilità dei trattamenti o dell'accanimento clinico; della dignità intrinseca anche nella sofferenza e non dell'eutanasia; delle terapie del dolore e delle cure palliative; della malattia e della sofferenza nel suo aspetto personale; della "prossimità responsabile"[101].

97 * Componente Comitato Nazionale per la Bioetica. La relazione è stata aggiornata alla pubblicazione della sentenza n.242/2019 della Corte Costituzionale GU n. 12 del 16 gennaio 2018

98 DAT è acronimo che nella L.219/2017 fa riferimento alle Disposizioni Anticipate di Trattamento, ma lo stesso acronimo viene usato nel dibattito bioetico anche per le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.

99 https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=207

100 https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242

101 "Nella complessità determinata dall'incidenza di questi diversi fattori sulla pratica clinica, ma anche sulla cultura della medicina in generale, occorre dunque tenere in assoluta evidenza il comandamento supremo della *prossimità responsabile*, come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr Luca 10, 25-37). Si potrebbe dire che l'imperativo categorico è quello di non abbandonare mai il malato. L'angoscia della condizione che ci porta sulla soglia del limite umano supremo, e le scelte difficili che occorre assumere, ci espongono alla tentazione di sottrarci alla relazione. Ma questo è il luogo in cui ci vengono chiesti amore e vicinanza, più di ogni altra cosa, riconoscendo il limite che tutti ci accumuna

La legge n. 219/2017 rappresenta l'epilogo di un lungo percorso, durato diversi anni e con non poche contrapposizioni.[102] Ricordiamo solo alcuni casi, significativi e conflittuali, che hanno segnato il coinvolgimento di una vasta opinione pubblica: Eluana Englaro (2006), Piergiorgio Welby (2006), Giovanni Nuvoli (2007), Lucio Magri (2011), Fabiano Antoniani - Dj Fabo (2017), Davide Trentini (2017), Loris Bertocco (2017). Questi casi emblematici sono stati certamente di riferimento nel dibattito che ha accompagnato l'approvazione della legge in oggetto. Per quanto non sia mai opportuno legiferare sulla base di casi singoli o per quanto estremi ("*hard cases make bad law"*). Ma la singolarità degli stessi, inevitabilmente, ha accompagnato il dibattito parlamentare. E non solo. Comunque, seppur sinteticamente, possiamo dire che il confronto/scontro – bioetico e legislativo - si è principalmente incentrato tra il principio dell'indisponibilità della vita e quello dell'autodeterminazione mentre sarebbe stato più coerente e condivisibile, attraverso il dialogo come sostenuto nel dibattito parlamentare, cercare una ragionevole e fattibile composizione per conseguire una migliore formulazione della legge richiamando in maniera puntuale e fattiva i capisaldi dell'*alleanza di cura* e delle *dichiarazioni* anticipate di trattamento.

Con l'approvazione della legge 219/2017 si è consolidato da un lato un nuovo paradigma bioetico – "individualistico, funzionalistico, economicistico e soprattutto eticamente freddo"[103] – e dall'altro "questo tipo di legge risponde a una questione più generale, che riguarda la stessa vita democratica del nostro paese e che è una delle questioni centrali della bioetica in una società liberal-democratica"[104].

Nonostante l'impegno legislativo volto a mediare tra molteplici testi contrastanti per obiettivi e argomentazioni, permangono interrogativi non marginali che richiedono un supplemento di riflessioni.[105] Tra questi, almeno in via preliminare, evidenzierei alcuni che ritengo ineludibili: perché il ricorso alle *disposizioni* e non alle *dichiarazioni*? *Contrattualismo* tra medico e paziente o *relazione di cura*? Esistono fondate ragioni per ritenere che le *disposizioni* corrispondano ad una *volontà attuale*? Le *disposizioni* anticipate di trattamento possono essere considerate un ragionevole e concreto prolungamento nel tempo ("ora per allora") del *consenso informato*? Quale informazione medica che sia chiaramente certificata e preliminare alla redazione delle DAT? Quale *proporzionalità delle cure* nella *relazione medico-paziente*?

1. Consenso informato, disposizioni *vs* dichiarazioni anticipate di trattamento

All'art.1, comma 1, la L.219/2017 enuncia i riferimenti costituzionali: "la presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articolo 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge".

Si evincono, da subito, i principi fondamentali della inviolabilità della libertà personale (art.2 e 13 Cost.)[106] e la tutela della salute come diritto dell'individuo (art.32 Cost.)[107]. Il diritto alla tutela della salute è in linea di principio rimesso all'autodeterminazione personale e liberi sono i trattamenti sanitari da parametrare anche in relazione alla percezione che la singola persona ha di sé in merito alle proprie concezioni di dignità e qualità della vita. Così per quanto riguarda il richiamo alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea in merito alla dignità umana (art.1)[108], il diritto alla vita (art.2)[109] e il diritto all'integrità della persona (art. 3)[110] che, nello specifico del comma 2, rileva come "nell'ambito della medicina e della biologia, devono essere in particolare rispettati il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

La Corte Costituzionale ha definito fondamenti e finalità del consenso informato: "inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi dell'art. 2 della Costituzione, che 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"; in altri termini, il diritto all'autodeterminazione e il diritto alla vita "contribuiscono, entrambi e ognuno per la sua parte, a costituire il nucleo fondamentale dei diritti della persona che il nostro ordinamento riconosce e tutela".[111]

Per la Corte di Cassazione "la salute

e proprio lì rendendoci solidali. Ciascuno dia amore nel modo che gli è proprio: come padre o madre, figlio o figlia, fratello o sorella, medico o infermiere. Ma lo dia! E se sappiamo che della malattia non possiamo sempre garantire la guarigione, della persona vivente possiamo e dobbiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirci inutilmente contro la sua morte. In questa linea si muove la medicina palliativa. Essa riveste una grande importanza anche sul piano culturale, impegnandosi a combattere tutto ciò che rende il morire più angoscioso e sofferto, ossia il dolore e la solitudine." In Papa Francesco, Messaggio del Santo Padre Francesco ai partecipanti al Meeting Regionale Europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine vita". Vaticano, 16-17 novembre 2017

102 Una breve cronologia dell'iter parlamentare nella XVII legislatura che ha portato all'approvazione della legge. La Camera dei Deputati ha approvato il testo in data 20 aprile 2017, dopo diversi mesi in XII Commissione Affari Sociali. Il Senato della Repubblica, dopo il passaggio in XII Commissione Igiene e Sanità e con le dimissioni della relatrice (nomina il 2 maggio 2017 e rinuncia il 26 ottobre 2017) cui era stato assegnato il provvedimento, ha approvato il testo pervenuto dalla Camera dei Deputati, senza apportare alcuna modifica, il 14 dicembre 2017. Senatori presenti: 259; votanti: 257; astenuti: 6; favorevoli: 180; contrari: 71

103 F. D'Agostino, Come leggere la legge n. 219/2017. Rivista di Biodiritto 2018; 1: 15-17

104 D. Neri, Come leggere la legge n. 219/2017. Rivista di Biodiritto 2018; 1: 1-9

105 Alla Camera dei Deputati n.15 Progetti di Legge depositati, con approvazione del testo unificato il 20.4.2017; al Senato n.7 Disegni di Legge con approvazione definitiva della legge il 14.12.2017

106 Art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"; Art. 13 Cost.: "La libertà personale è inviolabile. […]".

107 Art. 32 Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

108 Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, Art. 1: "La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata."

109 Ibi, Art. 2: "Ogni individuo ha diritto alla vita. […]"

110 Ibi, Art. 3: "Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone, il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro, il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani."

111 Corte Costituzionale, sentenza n. 438 del 23.12.2008

dell'individuo non può essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio […] per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreto nelle situazioni di debolezza e di sofferenza […]. Ma allorché il rifiuto sia autentico, informato e attuale non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico".[112]

Così con la sentenza del Consiglio di Stato: "deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita. Benché sia stato talora prospettato un obbligo per l'individuo di attivarsi a vantaggio o della propria salute o un divieto di rifiutare trattamenti o di omettere comportamenti ritenuti vantaggiosi o addirittura necessari per il mantenimento o il ristabilimento di essa, il Collegio ritiene che la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio – nel quadro dell'alleanza terapeutica che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno – per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e sofferenza; e c'è, prima ancora, il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato, autentico ed attuale. Ma allorché il rifiuto abbia tali connotati non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico".[113]

Il consenso è personale (non è ammessa la rappresentanza e il consenso non può che provenire dalla persona che dispone del bene giuridico protetto)[114], consapevole e informato (la consapevolezza del paziente può scaturire solo da una completa e adeguata informazione), attuale e revocabile (deve essere dato prima e permanere per l'intera durata del trattamento. Il paziente può revocarlo in qualsiasi momento, ad ogni tappa dell'iter diagnostico-terapeutico), manifesto (deve essere manifestato in modo chiaro e inconfutabile), libero (valido solo se deriva da una scelta volontaria individuale), gratuito (non può essere prestato a titolo oneroso o quale contraccambio di favori o vantaggi). Il consenso, pertanto, origina da una informazione[115] basata sulla "relazione umana dialogica, non oggettuale," tra medico e paziente - con una scelta finale riconducibile a entrambi, avendo ciascuno dato il proprio fondamentale contributo.[116] Fermo restando che il "medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle *dichiarazioni* anticipate di trattamento se manifestate."[117] Inoltre "il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici. Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili."[118]

La Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina richiama all'articolo 5 l'imprescindibilità del consenso libero e informato in ogni intervento nel campo della salute che, altrimenti, non può essere effettuato.[119]

Con il consenso si propone una uguaglianza di potere, cui fa da contraltare un'eguaglianza di responsabilità. È la sintesi di diritti fondamentali quali la inviolabilità della libertà personale – diritto all'autodeterminazione e superamento del paternalismo medico – e il diritto alla tutela della salute inteso anche come interesse della collettività. Comunque, si richiamano ben precisi obblighi etico-professionali: non effettuare, anche se richiesto dal paziente, trattamenti diretti a menomare la integrità psichica e fisica e ad abbreviare la vita o a provocare la morte (beneficialità e non maleficenza, no all'eutanasia); limitarsi, se voluto dal paziente ma soltanto in casi di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza (cure palliative, terapie del dolore, sedazione profonda continua in imminenza di morte).[120]

Le *disposizioni* anticipate di trattamento vengono delineate come l'estensione nel tempo di un consenso informato anticipato. Tuttavia, solo ad una lettura sommaria le *disposizioni* anticipate possono essere assimilate al consenso informato.[121]

Le *disposizioni* anticipate esprimono volontà vincolanti - "[…] il medico è tenuto al rispetto delle DAT […]"[122] - da seguire quando non più in grado di esprimersi, in particolare sui trattamenti sanitari e la loro eventuale sospensione. Non sono assimilabili al consenso informato perché, seppur stabilite in libertà e consapevolezza, non potranno essere mai attuali perché redatte 'ora per allora'; dovranno essere prevalentemente generiche non potendo definire lo specifico; non sono rigorosamente informate come invece nel consenso e, infatti, nella L. n.219/2017

112 Corte di Cassazione, sentenza n. 21748 del 16.10.2007

113 Consiglio di Stato, sentenza n. 3058 del 21.6.2017

114 Una approfondita riflessione circa "la presunzione del consenso" è offerta dalla Nuova Carta degli Operatori Sanitari: "La presunzione del consenso è configurabile nel caso in cui l'operatore sanitario sia chiamato ad intervenire su un paziente che non è in grado, momentaneamente o permanentemente, di comprendere e decidere, per salvarlo da una situazione di grave pericolo per la vita o per la sua salute, con trattamenti proporzionati ai rischi e all'urgenza. In questo caso, il dovere di intervenire è in ragione del principio di responsabilità nella cura, che fa obbligo all'operatore sanitario di farsi carico della vita e della salute del paziente, a meno che il paziente non abbia, prima dello stato di incapacità, espresso all'operatore sanitario un legittimo ed esplicito dissenso su particolari trattamenti."

115 "[…] l'informazione non è finalizzata a colmare la inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, ma a porre un soggetto (il paziente) nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale, in altri termini in condizioni di scegliere", in Comitato Nazionale per la Bioetica, Informazione e consenso all'atto medico. Roma, 20.6.1992

116 "L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano", in FNOMCeO, Codice di Deontologia Medica. Art. 35

117 Ibi, Art. 36

118 Ibi, Art. 37

119 https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164

120 Cfr.: M. Carducci, Consenso informato, in E. Sgreccia, A. Tarantino (*a cura di*), Enciclopedia di bioetica e scienza giuridica. Napoli, Ed. Scientifiche Italiane; 2010: (III) 424

121 L. Romano, Disposizioni o dichiarazioni. La differenza è di sostanza, in *Avvenire*, 9 maggio 2017, 3-4

122 L.219/2017, art. 4, comma 5

non si prevede esplicitamente la figura del medico a fronte di una generica "adeguata informazione";[123] non potranno essere più revocabili in situazione di irrecuperabile incapacità di intendere e di volere, fatto salvo l'intervento del fiduciario - per quanto la legge non richiami l'obbligatorietà della nomina - che, garante della volontà del disponente, sarà interprete fedele e auspicabilmente scevro da condizionamenti. Le "[…] DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita".[124] Ancora, il consenso informato si riferisce ad un caso concreto mentre le *disposizioni* hanno, inevitabilmente, una portata di ordine generale.

Sotto il profilo sostanziale, con le *disposizioni* si intende tutelare la libertà ancor prima che la salute. A fronte dell'esigenza di informazione, propria del consenso, prevale la garanzia, caratteristica nelle *disposizioni*, dell'autodeterminazione.

La legge in oggetto, premessa l'autonomia decisionale del paziente riportata nelle *disposizioni* anticipate, si prefigge la tutela dell'autonomia professionale e della responsabilità del medico che può rifiutare richieste contrarie a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.[125] Così impostata, al di là degli intenti del legislatore, la legge rischia di incentivare contrattualizzazione e burocratizzazione nel rapporto medico-paziente, fino alla prevedibile giuridicizzazione, a svantaggio dell'auspicata e preferibile relazione, nonché alleanza di cura, tra medico e paziente.

Questa contraddizione si evidenzia proprio ricorrendo alle *disposizioni* anticipate piuttosto che alle *dichiarazioni* anticipate. E questa non è mera questione lessicale.

Le *dichiarazioni*, infatti, sarebbero state certamente più coerenti e in sintonia con i paradigmi della relazione e dell'alleanza di cura che sono ripetutamente richiamati nella legge: "è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico"; "contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, 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".[126] Ancora, "qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica";[127] "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura";[128] "la formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative";[129] "nella relazione tra medico e paziente […] rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico".[130]

A riprova della dimensione contrattualistica, la legge prevede che in caso di disaccordo fra medico e fiduciario ci sia l'intervento del giudice tutelare che, se rischia di burocratizzare e decontestualizzare la decisione da prendere, rimane pure difficilmente sostituibile per come è stata strutturata la stessa legge.

Varie motivazioni avrebbero reso più appropriato, pertanto, altro orizzonte etico e procedurale ricorrendo alle *dichiarazioni* anticipate di trattamento piuttosto che alle *disposizioni*. Si ribadisce che non è una semplice differenza lessicale perché, sempre nell'interesse del paziente, si ridecline rebbero in maniera coerente i benefici dell'alleanza di cura contro i rischi della contrattualizzazione e della giuridicizzazione.

Fondamentale la differenza tra *disposizione* e *dichiarazione* che mitigherebbe la vincolatività delle prime con una preferibile e sempre auspicabile coniugazione tra autonomia del paziente e beneficialità del medico, incontro tra fiducia e coscienza.

Con le *dichiarazioni* una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali "*desidererebbe* o *non desidererebbe* essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di disporre il proprio consenso o il proprio dissenso informato."[131] Così espresse, rappresentano il fondamento perché l'alleanza di cura medico-paziente prosegua, con piena responsabilità dei sanitari nella presa in carico. Senza accanimenti clinici o medicina difensiva con ingiustificabili abbandoni.

Le finalità delle *dichiarazioni* anticipate sono: a) tutelare il paziente da eventuali comportamenti arbitrari da parte dei medici in caso di perdita, temporanea o definitiva, della capacità di intendere e di volere; b) prolungare la relazione medico-paziente in cui svolge un ruolo centrale il consenso informato e promuovere l'esercizio dell'autonomia del paziente; c) favorire una socializzazione dei momenti più drammatici dell'esistenza ed evitare che l'eventuale incapacità del malato possa indurre i medici a considerarlo, magari inconsapevolmente e contro le loro migliori intenzioni, non più come una persona, con la quale concordare il programma terapeutico ottimale, ma soltanto come un corpo, da sottoporre ad anonimo trattamento.

Le *dichiarazioni* anticipate di trattamento hanno un riconosciuto e consolidato fondamento in Convenzioni, Codici Deontologici, Pareri. Ricordiamo la Convenzione di Oviedo per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina che all'articolo 9 richiama che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione".[132] Il Codice di Deontologia Medica dedica

123 Ibi. comma 1

124 Ibi. comma 5

125 Sui fondamenti dell'obiezione di coscienza, cfr.: L. Eusebi, *Obiezione di coscienza del professionista sanitario.* In S. Rodotà, P. Zatti (*a cura di*), Trattato di Biodiritto. I diritti in medicina. Milano, Giuffrè Ed.; 2011: 173-187

126 L.219/2017, art.1, comma 2

127 Ibi. comma 5

128 Ibi. comma 8

129 Ibi. comma 10

130 Ibi. art.5, comma 1

131 Comitato Nazionale per la Bioetica, Dichiarazioni anticipate di trattamento. Roma, 18.12.2003

132 https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164

l'articolo 38 proprio alle *dichiarazioni* anticipate di trattamento: "Il medico tiene conto delle *dichiarazioni* anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La *dichiarazione* anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali. Il medico, nel tenere conto delle *dichiarazioni* anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria. Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili".[133]

Sempre il Codice di Deontologia Medica richiama all'articolo 39 il ruolo delle *dichiarazioni* anticipate anche nell'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".[134]

Con le *dichiarazioni* anticipate si tutela ugualmente il paziente da eventuali comportamenti sproporzionati in caso di perdita, temporanea o definitiva, della capacità di intendere e di volere; si attualizza l'assistenza, tenendo conto dei progressi della medicina e delle tecnologie purché proporzionate e non futili,[135] rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente che non perde i suoi diritti fondamentali.

In sintesi, le *disposizioni* si pongono nell'ambito del *contrattualismo* nel *rapporto* tra medico e paziente; le *dichiarazioni*, invece, nell'ambito dell'*alleanza* nella *relazione* di cura tra medico e paziente.

2. Proporzionalità dei trattamenti nella relazione di cura

Altro tema, meritevole di considerazioni, è quello inerente alla *proporzionalità* dei trattamenti sanitari, snodo cruciale nella relazione di cura e nelle DAT.[136]

Il tema di fondo, che interpella soprattutto nell'epoca definita della globalizzazione del paradigma tecnocratico, è quello del limite in situazioni cliniche di inguaribilità. Filo conduttore è la prospettiva etico-assistenziale in cui alla inguaribilità corrisponda sempre la doverosità della curabilità ovvero del prendersi cura.

Il principio bioetico della *proporzionalità terapeutica* è certamente complesso con possibili derive interpretative che potrebbero perfino pervenire alla giustificazione o dell'accanimento clinico o dell'eutanasia. La proporzionalità terapeutica è un principio di giustificazione etica e giuridica dell'atto medico che risulta lecito quando i benefici attesi sono superiori, o almeno uguali, ai rischi previsti. Richiede il discernimento, nell'ottica dell'integrazione, tra il valore della vita umana e il valore del diritto a morire degnamente. La proporzionalità terapeutica rappresenta, nella sua dimensione oggettiva, un criterio prioritario e immediatamente condivisibile nonché sempre attuale. Come risulta anche dalla ben nota definizione della Congregazione per la Dottrina della Fede, "nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi."[137] La proporzionalità consente quindi di giungere a una decisione che si qualifica moralmente per aiutare a dirimere situazioni drammatiche e tormentate nella dura effettività della singolare situazione clinica.

Perché un trattamento possa essere definito proporzionato/sproporzionato si richiede la valutazione dell'intervento medico-chirurgico nella sua oggettività in ragione della opportunità o necessità biomedica di iniziarlo/non iniziarlo, continuarlo/sospenderlo. Pertanto, occorre la valutazione di parametri quali il trattamento e l'effetto atteso che, a sua volta, può caratterizzarsi per una composita diversità: miglioramento, stabilizzazione, invarianza, peggioramento, destabilizzazione da cui risultano oggettive evidenze di positività, neutralità o negatività che connotano la proporzionalità terapeutica.[138]

Tuttavia possono interporsi anche altri parametri, certamente condizionanti e di natura soggettiva o sociale, quali la valutazione sulla qualità o la quantità residuale della vita del paziente, che possono coagire nel discernimento sulla proporzionalità/sproporzionalità del trattamento oppure anteporsi sotto forma di pre-determinazione. In quest'ultima accezione non è più l'obiettiva condizione clinica che, dall'incontro tra medico e paziente nel bilanciamento tra oggettività del trattamento e percezione soggettiva, porta a una decisione condivisa nella cura anche quando la malattia è inguaribile, piuttosto la definizione di proporzionalità/sproporzionalità è assunta nella pre-determinazione o pre-comprensione, appunto personale o sociale, del valore vita in determinate situazioni cliniche. È questa una cultura che può portare a determinare il valore vita in

133 https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf

134 Ibid.

135 J. Suaudeau, La futilità delle terapie: aspetti scientifici, questioni etiche e giuridiche. Medicina e Morale 2005; 54/6: 1-47

136 L.219/2017, art.1, comma 5: "Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. […]."

137 Congregazione per la Dottrina della Fede, Dichiarazione sull'eutanasia, IV: AAS LXXII [1980], 542-552

138 R. Colombo, Nella cura il giusto criterio è quello della proporzione, in *Avvenire*, 9 dicembre 2017, 3-4

base alla sua espressione di funzionalità (antropologia funzionalista) su un piano di pre-giudizio, individuale o sociale, che parametra la dignità del vivere e del vivente in ragione delle funzioni in grado o meno di esprimere. Risulta evidente che sul parametro della funzionalità o della quantità residuale della vita si giustificherebbe, secondo alcuni, il non ricorso o la sospensione di ogni trattamento per quanto di cura e sostegno vitale.

In sintesi, il discernimento in merito alla proporzionalità/sproporzionalità di un trattamento clinicamente indicato richiede un bilanciamento che coniughi la valutazione clinica e la tutela della vita, evitando gravose sofferenze (ortotanasia).

3. Curabilità nella inguaribilità

Premessa l'assoluta inadeguatezza della copertura a livello nazionale delle cure palliative e delle terapie del dolore, la cui carenza è causa riconosciuta di richieste eutanasiche, è dovere biomedico ed etico prendersi sempre cura del paziente. Il prendersi cura è manifestazione concreta dell'alleanza tra paziente e medico, da cui il giustificato ricorso a sostegni vitali, terapie del dolore e cure palliative,[139] sedazione palliativa profonda continua.[140]

Insomma, prendersi cura del paziente inguaribile fino all'ultimo istante della sua vita. Nondimeno, per via del duplice effetto, è lecito somministrare farmaci che risultano indispensabili nell'interesse del paziente per quanto possa conseguire anche una riduzione nell'aspettativa di vita.

Snodo problematico è rappresentato dalla sedazione palliativa profonda continua che, secondo alcuni, si porrebbe sullo stesso piano dell'eutanasia.[141] In via preliminare possiamo già dire che sedazione palliativa profonda continua ed eutanasia si pongono su finalità e piani diversi. Infatti, per eutanasia, secondo classica e condivisa definizione, s'intende "un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati".

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha pubblicato un Parere sulla sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte[142] (da non confondere con la situazione in cui la patologia è a "prognosi infausta" ma non in "imminenza di morte") di cui è opportuno richiamare alcuni aspetti salienti.[143]

La sedazione profonda è compresa nella medicina palliativa e fa ricorso alla somministrazione intenzionale di farmaci, alla dose necessaria richiesta, per ridurre fino ad annullare la coscienza del paziente allo scopo di alleviare sintomi fisici o psichici intollerabili e refrattari a qualsiasi trattamento (dispnea, nausea e vomito incoercibile, delirium, irrequietezza psico-motoria, distress psicologico o esistenziale, senso di soffocamento) nelle condizioni di imminenza della morte con prognosi di ore o pochi giorni per malattia inguaribile in stato avanzato e previo consenso informato. Rigorosi i criteri per l'applicazione delle procedure, da registrare in cartella clinica, che esigono proporzionalità e monitoraggio dei farmaci usati. Ciò significa che, così definita e praticata, la sedazione profonda non rientra nell'ambito di un procedimento eutanasico perché, avendo per scopo l'eliminazione di dolore e sofferenze, non è un'azione o una omissione che, anche nelle intenzioni, vuole procurare la morte.[144]

La sedazione profonda è da riconoscere come diritto del paziente nel pieno rispetto della persona.[145] L'European Association for Palliative Care ha evidenziato che - per finalità, esiti e procedure - sedazione ed eutanasia sono situazioni differenti. La sedazione è un atto terapeutico che ha come finalità per il paziente, alla fine della vita, alleviare o eliminare lo stress e la sofferenza attraverso il controllo dei sintomi refrattari, mentre l'eutanasia ha come scopo il provocare con il consenso del paziente la sua morte.[146]

Le circostanze che devono essere presenti contemporaneamente per la legittimazione etica della sedazione profonda continua in imminenza di morte sono: consenso informato del paziente, malattia inguaribile in uno stadio avanzato, morte imminente generalmente attesa entro poche ore o pochi giorni, presenza di uno o più sintomi refrattari o di eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il paziente. "La sedazione palliativa profonda in fase terminale, clinicamente motivata, può essere moralmente accettabile a condizione che sia fatta con il consenso dell'ammalato, che sia data una opportuna informazione ai familiari, che sia esclusa ogni intenzionalità eutanasica e che il malato abbia potuto soddisfare i suoi doveri morali, familiari e religiosi".[147]

Rilevante questione bioetica è il rapporto tra "attivazione" della sedazione profonda e "sospensione" delle cure per le funzioni vitali sostenute artificialmente, come somministrazione di ossigeno, alimentazione e idratazione, ecc.

La L.197/2017 classifica nutrizione e idratazione artificiale come trattamenti sanitari in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.[148]

Alcune preliminari e necessarie considerazioni in merito alla Nutrizione Artificiale. Secondo la Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile

139 L.219/2017, art.2, comma 1: "Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38."

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

141 L. Romano, Sedazione palliativa ma no eutanasia, in *Avvenire*, 9 marzo 2017, 3

142 L'imminenza della morte fa riferimento alla condizione di attesa della morte in un lasso di tempo compreso tra poche ore e pochi giorni, secondo diagnosi e prognosi dell'équipe medica

143 Comitato Nazionale per la Bioetica, Sedazione palliativa profonda nell'imminenza della morte. Roma, 29.1.2016

144 Diverse le modalità di somministrazione della sedazione palliativa: a) moderata/superficiale (non toglie completamente la coscienza); b) profonda (annulla la coscienza); c) temporanea (per un periodo limitato); d) intermittente (somministrata in alternanza, in base al modificarsi delle circostanze); e) continua (protratta fino alla morte del paziente).

145 Già Papa Pio XII ricordava che "è lecito l'uso di tecniche che tolgano dolore e coscienza se anche ciò dovesse abbreviare la vita". Cfr.: S. MENTIL, La riflessione bioetica di Pio XII. Trieste, Meudon Ed; 2017

146 L. Radbruch, et al., Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med. 2016; 30(2):104-16

147 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Nuova Carta degli Operatori Sanitari. Città del Vaticano, LEV; 2016: 128

148 L.197/2017, art.1, comma 5: "[…] Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. […]".

soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. In ambito ospedaliero, il trattamento di nutrizione artificiale risulta indicato nelle seguenti condizioni: a) presenza di malnutrizione, b) rischio di malnutrizione, c) presenza di ipercatabolismo. In una quota assai più limitata di pazienti l'indicazione alla nutrizione artificiale nasce per l'esigenza di mantenere un "riposo intestinale" o per somministrare substrati che sono importanti per il supporto metabolico di organi o apparati il cui trofismo è cruciale per la sopravvivenza in condizioni critiche particolari (cosiddetta Farmaconutrizione).

A sua volta, secondo la Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale, per alimentazione "assistita" si intende l'assunzione di alimenti naturali attraverso la via naturale – ovvero per *os* – in alcuni periodi della vita come ad esempio nel lattante, nel bambino o nell'anziano, o per alcune patologie, in quanto non si è in grado si alimentarsi autonomamente e necessitando assistenza.[149] Tuttavia la Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale, pur attribuendo alla nutrizione artificiale le caratteristiche proprie di un trattamento medico da non considerare una misura ordinaria di assistenza, ritiene che "in considerazione del ruolo sostitutivo del trattamento nutrizionale, una nutrizione artificiale la cui appropriatezza di indicazione sia fondata sulle linee guida nazionali e internazionali non si configuri mai come accanimento terapeutico".[150]

In altra prospettiva bioetica, la sedazione palliativa nelle fasi prossime al momento della morte, attuata secondo corretti protocolli etici e sottoposta a un continuo monitoraggio, non deve comportare la sospensione delle cure di base.[151]

Il problema bioetico è lo stato di dipendenza dagli altri. Si tratta di persone che per sopravvivere necessitano delle stesse cose di cui necessita ogni essere umano - acqua, cibo, riscaldamento, pulizia e movimento - ma che non sono in grado di provvedervi autonomamente, avendo bisogno di essere aiutate, sostenute ed accudite in tutte le loro funzioni, anche le più elementari. È da tener conto che molte di queste cure sono sintomatiche e necessarie per alleviare la sofferenza. Comunque, è importante che il paziente sia monitorato regolarmente e non sottoposto a interventi sproporzionati e futili.

Rimane un interrogativo bioetico fondamentale: esiste un limite oltre il quale potrebbe considerarsi etico sospendere la nutrizione artificiale? La risposta scaturisce dalla valutazione circa il grado di assimilazione delle sostanze fornite, vale a dire si delinea la doverosità etica della sospensione della nutrizione nell'ipotesi in cui nell'imminenza della morte l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite - dunque la possibilità che l'atto raggiunga il fine proprio non essendovi risposta positiva al trattamento - ovvero si verifichi uno stato di intolleranza clinicamente rilevabile collegato all'alimentazione.[152]

Sotto il profilo biomedico, inoltre, in pazienti che si trovano nell'imminenza della morte, la nutrizione artificiale potrebbe non essere indicata in caso di gravi e concomitanti alterazioni del metabolismo.

4. Corte costituzionale e suicidio assistito

La Corte Costituzionale ha recentemente pubblicato la sentenza n.242/2019 sul caso Cappato e il suicidio assistito di Fabiano Antoniani, più conosciuto come Dj Fabo.[153] In particolare nel giudizio di legittimità costituzionale, in via incidentale, dell'art. 580 del codice penale[154], promosso dalla Corte di assise di Milano.[155]

La questione origina dal processo a Marco Cappato, incriminato per aiuto al suicidio di Dj Fabo affetto da gravissima disabilità. Come riportato nella suddetta sentenza della Corte Costituzionale, "le questioni traggono origine dalla vicenda di Fabiano Antoniani che, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive. All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile. Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari. Di fronte ai tentativi della madre e della fidanzata di dissuaderlo dal suo proposito, per dimostrare la propria irremovibile determinazione aveva intrapreso uno "sciopero" della fame e della parola, rifiutando per alcuni giorni di essere alimentato e di parlare. Di seguito a ciò, aveva preso contatto nel maggio 2016, tramite la propria fidanzata, con organizzazioni svizzere che si

149 Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale. 2007

150 Ibid.

151 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Nuova Carta degli Operatori Sanitari. Città del Vaticano, LEV; 2016: 128

152 Comitato Nazionale per la Bioetica, L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente. Roma, 30.9.2005; Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, Responsa ad quaestiones ab Episcopali Conferentia Foederatorum Americae Statuum propositas circa cibum et potum artificialiter praebenda (1.8.2007). AAS 99 (2007), 820: "la somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione."

153 Corte Costituzionale. Sentenza n.242/2019. https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242

154 Dispositivo dell'art. 580 Codice penale: "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima [583].
Le pene sono aumentate [64] se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere [85], si applicano le disposizioni relative all'omicidio [575-577].

155 Con ordinanza del 14 febbraio 2018, la Corte d'assise di Milano ha sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale: a) «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in relazione 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; b) «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 12 anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione», per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

occupano dell'assistenza al suicidio: pratica consentita, a certe condizioni, dalla legislazione elvetica. Nel medesimo periodo, era entrato in contatto con Marco Cappato che gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale. Di fronte al suo fermo proposito di recarsi in Svizzera per il suicidio assistito, l'imputato [Marco Cappato, *ndr*] aveva accettato di accompagnarlo in automobile presso la struttura prescelta. Inviata a quest'ultima la documentazione attestante le proprie condizioni di salute e la piena capacità di intendere e di volere, Fabiano Antoniani aveva alfine ottenuto da essa il "benestare" al suicidio assistito, con fissazione della data. Nei mesi successivi alla relativa comunicazione, egli aveva costantemente ribadito la propria scelta, comunicandola dapprima agli amici e poi pubblicamente (tramite un filmato e un appello al Presidente della Repubblica) e affermando «di viverla come "una liberazione"». Il 25 febbraio 2017 era stato quindi accompagnato da Milano (ove risiedeva) in Svizzera, a bordo di un'autovettura appositamente predisposta, con alla guida l'imputato e, al seguito, la madre, la fidanzata e la madre di quest'ultima. In Svizzera, il personale della struttura prescelta aveva nuovamente verificato le sue condizioni di salute, il suo consenso e la sua capacità di assumere in via autonoma il farmaco che gli avrebbe procurato la morte. In quegli ultimi giorni, tanto l'imputato, quanto i familiari, avevano continuato a restargli vicini, rappresentandogli che avrebbe potuto desistere dal proposito di togliersi alla vita, nel qual caso sarebbe stato da loro riportato in Italia. Il suicidio era peraltro avvenuto due giorni dopo (il 27 febbraio 2017): azionando con la bocca uno stantuffo, l'interessato aveva iniettato nelle sue vene il farmaco letale. Di ritorno dal viaggio, M. C. si era autodenunciato ai carabinieri. A seguito di ordinanza di "imputazione coatta", adottata ai sensi dell'art. 409 del codice di procedura penale dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano, egli era stato tratto quindi a giudizio davanti alla Corte rimettente per il reato di cui all'art. 580 Cod. pen., tanto per aver rafforzato il proposito di suicidio di Fabiano Antoniani, quanto per averne agevolato l'esecuzione".[156]

Quindi, Dj Fabo aveva espresso la volontà di voler porre fine alla sua vita: "Le mie giornate sono intrise di sofferenza e disperazione, non trovando più il senso della mia vita. Fermamente deciso, trovo più dignitoso e coerente, per la persona che sono, terminare questa mia agonia".[157]

Già con l'ordinanza n. 207/2018 la Corte costituzionale aveva "rilevato che l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione e da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti". E al fine di "consentire in primo luogo al Parlamento di intervenire con un'appropriata disciplina" aveva deciso di rinviare la trattazione della questione di costituzionalità dell'articolo 580 codice penale all'udienza del 24 settembre 2019. Nello specifico, la Corte affermava che se "non è, di per sé, contrario alla Costituzione il divieto sanzionato penalmente di aiuto al suicidio, occorre considerare specifiche 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".[158] Inoltre, nell'ordinanza veniva espressa una posizione che sarà ribadita poi nella sentenza n.242/2019 nella quale si ratifica la non punibilità dell'aiuto al suicidio, ma determinate condizioni, "per garantire la prevalenza della legalità costituzionale su quella di lasciare spazio alla discrezionalità del legislatore".[159] Proprio perché non è stata approvata nessuna normativa, la Corte ha ritenuto di intervenire, ovvero "porre rimedio, comunque, alla violazione riscontrata nella limitazione della libertà di autodeterminazione del malato nella scelta dei trattamenti".[160] Viene riconosciuta, pertanto, la libertà di autodeterminazione del malato nel "congedarsi dalla vita" con l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita, come unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare.

E così la Corte: "Si tratta di «situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma [art. 580 C. pen., *ndr*] 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». In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. [...] Nei casi considerati [...] la decisione di accogliere la morte 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, in forza della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), la cui disciplina 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 [...] ed Englaro [...] nonché le indicazioni di questa Corte riguardo al valore costituzionale del principio del consenso informato del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico (ordinanza n. 207 del 2018): principio qualificabile come vero e proprio diritto della persona, che trova fondamento nei principi espressi negli artt. 2, 13 e 32 Cost. [...]. La citata legge n. 219 del 2017 riconosce, infatti, 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): diritto inquadrato nel contesto della «relazione di cura e di fiducia» tra paziente e medico. 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

156 https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242#

157 https://www.repubblica.it/cronaca/2017/02/28/news/dj_fabo_testamento-159423412/?refresh_ce

158 https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=207

159 Corte Costituzionale. Sentenza n.242/2019. https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242#

160 Ibid.

da responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6)."[161] Si evince, pertanto, il rilievo normativo che la Corte riconosce alla legge n.219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.
In sintesi, la Corte richiama a fondamento costituzionale per il ricorso al suicidio assistito la libertà di autodeterminazione: "La conclusione è dunque che entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente 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."[162]
Quindi sì al suicidio assistito ma a determinate condizioni per "evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili".[163] Nello specifico le condizioni sono: persona affetta da patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Inoltre la Corte richiama il rispetto della normativa sul consenso informato, l'inserimento del paziente in un percorso di cure palliative, la verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, sentito il parere del Comitato Etico territorialmente competente.
Nella sentenza si richiama esplicitamente, in tema di "obiezione di coscienza del personale sanitario", che i medici non hanno alcun obbligo di procedere all'aiuto al suicidio assistito: "resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire alla richiesta del malato."[164]

La sentenza segna un passaggio significativo sotto il profilo della legittimità costituzionale – ancorché sul piano bioetico, socioculturale e assistenziale – in un ampio dibattito certamente conflittuale.
Tra le condizioni necessarie per poter ricorrere al suicidio assistito, la Corte richiama il preliminare e concreto accesso alle "cure palliative che sono un prerequisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente". Nello specifico "deve quindi, infine, essere sottolineata l'esigenza di adottare opportune cautele affinché "l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...] in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente (come già prefigurato dall'ordinanza n. 207 del 2018). [...] Si cadrebbe, altrimenti, nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative."
Sempre in merito alle cure palliative, la Corte cita il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica che, pur nella varietà delle posizioni espresse sulla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito, ha sottolineato, all'unanimità, che la necessaria offerta effettiva di cure palliative e di terapia del dolore – che oggi sconta "molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSN, e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie" – dovrebbe rappresentare, invece, "una priorità assoluta per le politiche della sanità".[165]
Tuttavia la rete di cure palliative in Italia è carente, disomogenea e con scarsità di risorse. Significativa, tra l'altro, la mancanza di un percorso specialistico universitario. Il tutto a fronte di una prevedibile sempre maggiore richiesta nei prossimi anni per malattie croniche, fragilità e vulnerabilità. Ciò significa una contraddizione tra obbligatorietà, ancora una volta rilevata dalla Corte, ed effettivo servizio offerto dai Servizi Sanitari Regionali: una rappresentazione che non attualizza un diritto fondamentale. Ed è ben noto che la carenza di cure palliative è motivo di ulteriori sofferenze, abbandoni e istanze eutanasiche.
Dopo la sentenza della Corte, quale sarà il ruolo del Parlamento?
Una preliminare considerazione in merito a suicidio assistito ed eutanasia. Nel Comitato Nazionale per la Bioetica si è discusso a lungo e approfonditamente su differenza o similitudine tra "suicidio medicalmente assistito" ed "eutanasia", prima di approvare il Parere definitivo che, comunque, ha evidenziato posizioni diverse.[166] Sotto il profilo formale, nell'aiuto o assistenza al suicidio è l'interessato che compie l'ultimo atto che provoca la sua morte; un atto che è reso possibile grazie alla collaborazione di un terzo che potrebbe essere anche un medico. L'eutanasia, sempre sotto il profilo formale, è l'atto con cui un medico o altra persona somministra farmaci su richiesta della persona consapevole e informata, con lo scopo di provocare intenzionalmente la morte. Sotto il profilo sostanziale, suicidio assistito ed eutanasia si porrebbero sullo stesso piano.
In Parlamento sono depositati diversi disegni e progetti di legge, contrapposti nelle formulazioni e per obiettivi. Risulta evidente che un legiferare diverso rispetto a quanto argomentato e indicato dalla Corte potrebbe, con ragionevole certezza, essere ritenuta incostituzionale. Parimenti sarebbe fortemente avversabile un possibile tentativo di ricorrere a surrettizie interpretazioni estensive volte all'introduzione dell'eutanasia. Rilevando la posizione di chi ritiene che alla sentenza non debba necessariamente derivare una legge - in quanto "sentenza auto-applicativa che estende a nuove fattispecie un regime di garanzie già in vigore per le dichiarazioni anticipate di trattamento" [167] – e per quanto il Parlamento non possa limitarsi ad una mera ratifica, si può dire che di massima una legge in merito sia stata già delineata dalla stessa Corte.

161 Ibid.

162 Ibid.

163 Ibid. "A prescindere dalle concezioni di cui era portatore il legislatore del 1930, la ratio dell'art. 580 cod. pen. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere.»

164 Ibid.

165 Ibid.

166 Comitato Nazionale per la Bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito. Roma, 18.7.2019

167 Cfr.: C. Mirabelli, Chiuse le porte all'eutanasia, in *Avvenire*, 24.11.2019, 11

Comunque è opportuno riportare quanto ha richiamato la Corte in merito a un auspicato intervento legislativo: "Una regolazione della materia, intesa ad evitare simili scenari, gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità, è suscettibile peraltro di investire plurimi profili, ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali: "come, ad esempio, le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo 'processo medicalizzato', l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura". La disciplina potrebbe essere inoltre "introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della 'relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico', opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima (ordinanza n. 207 del 2018). Potrebbe prospettarsi, ancora, l'esigenza di introdurre una disciplina ad hoc per le vicende pregresse, anch'essa variamente calibrabile."[168]

5. L'obiezione di coscienza nel Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul suicidio medicalmente assistito [169]

Un problema di rilievo circa il suicidio medicalmente assistito riguarda i valori professionali del medico e del personale sanitario coinvolto in tale pratica.

L'obiezione di coscienza è un diritto costituzionalmente tutelato e riconosciuto dal nostro ordinamento. Ricordiamo l'art 2 Cost. che attribuisce alla libertà di coscienza il rango di diritto inviolabile; l'art 19 Cost. in tema di libertà religiosa, essendo la libertà di coscienza fondamento di quella libertà; l'art 13 Cost. in tema di libertà personale, di cui il Costituente rimarca la inviolabilità e riconosce che la libertà tutelata ex art 13 Cost. è sì quella fisica contro forme di ingiustificata coercizione ma anche quella morale contro forme di riduzione della capacità di autodeterminazione, in ragione dei dettami della propria coscienza; l'art 21 Cost. con la libertà di manifestazione di pensiero.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha preso in considerazione questo aspetto per una normativa, come preliminarmente auspicata dalla Corte costituzionale.[170]

Secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica in alcuni casi potrà esservi una concordanza tra la volontà del paziente che chiede di porre termine alla propria vita, e la volontà del medico o dell'operatore sanitario che assecondano la richiesta del paziente. Ma in altri casi potrà riscontrarsi una discordanza, perché il medico o l'operatore sanitario potrebbero non volere fornire un'assistenza al suicidio, appellandosi a molteplici ragioni di coscienza: tutela della vita, identità della professione medica, dovere di cura, rischi sociali, ecc.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ritiene che, nell'eventualità di una normativa che legittimi l'aiuto al suicidio medicalizzato, sia indicata la possibilità dell'obiezione di coscienza per il medico, qualora tale atto sia ritenuto profondamente contrario ai propri convincimenti. Ciò significa che l'attuazione dell'aiuto al suicidio medicalizzato può aversi solo nei casi di concordanza tra la volontà del paziente che chiede di essere aiutato a porre termine alla propria vita e la volontà del medico disposto ad assecondare la richiesta del paziente.

Del resto anche le normative che nei vari paesi hanno legalizzato il suicidio medicalmente assistito o l'eutanasia, prevedono in genere la possibilità dell'obiezione di coscienza per il personale sanitario coinvolto. Come il Comitato Nazionale per la Bioetica ha sostenuto nel suo Parere del 2012, "l'obiezione di coscienza in bioetica è costituzionalmente fondata, con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo, e va esercitata in modo sostenibile" e "la tutela dell'obiezione di coscienza, per la sua stessa sostenibilità nell'ordinamento giuridico, non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge né indebolire i vincoli di solidarietà derivanti dalla comune appartenenza al corpo sociale".[171]

Fermo restando che la Corte costituzionale con la sentenza n.242/2019 non rileva l'obbligo per il medico in merito al suicidio assistito – da cui secondo interpretazione giuridica non deriverebbe la necessità dell'obiezione di coscienza – le posizioni sono varie, ma al fondo sono riconducibili a due prospettive che si rivelano essere tra loro in contrasto.

L'una è quella storicamente più diffusa, e afferma che il compito professionale del medico e del personale sanitario è rivolto alla guarigione e alla cura, e non contempla atti che procurano direttamente la morte. Un eventuale coinvolgimento in pratiche tese a dare la morte (suicidio assistito o eutanasia) comporterebbe un profondo mutamento (o addirittura uno stravolgimento) della figura del medico e del suo ruolo nelle strutture sanitarie e delle strutture sanitarie stesse. Infatti, invece di essere rivolte all'aiuto nel morire, ossia all'accompagnamento nel morire attraverso le cure palliative e la terapia del dolore, queste verrebbero rivolte all'aiuto a morire attraverso la collaborazione a (o l'esecuzione di) atti che provocano direttamente la morte. Escludere l'assistenza al suicidio consente al medico di conservare il significato etico-deontologico della propria professione e al paziente di mantenere in modo più saldo e solido la fiducia nel proprio medico. Si osserva anche che la medicina non è un'attività meramente tecnica e neutrale ma è una pratica basata su un'etica e una deontologia che pone al centro la tutela della vita, la cura e il prendersi cura del paziente.

Anche la World Medical Association nel suo più recente documento sul suicidio assistito del 2017, ribadendo quanto già affermato in anni precedenti, "riafferma il forte convincimento che l'eutanasia si pone in conflitto con i principi etici fondamentali della pratica medica e incoraggia fortemente tutte le Associazioni Mediche Nazionali e i medici ad astenersi dal partecipare all'eutanasia, anche se la legge nazionale la ammette o la depenalizza in certe circostanze".[172] Lo stesso argomento

168 Sentenza n.242/2019. https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242#

169 Comitato Nazionale per la Bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito. Roma, 18.7.2019

170 Ibid.

171 Comitato Nazionale per la Bioetica, Obiezione di coscienza e bioetica. Roma, 12.7.2012

172 Cfr. il testo originale "The World Medical Association reaffirms its strong belief that euthanasia is in conflict with basic ethical principles of medical practice, and The World Medical Association strongly encourages all National Medical Associations and physicians to refrain from participating in euthanasia, even if national law

può essere applicabile all'aiuto al suicidio. Questa prospettiva è riaffermata dal Codice di deontologia medica, che all'art. 3 ricorda che "doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera". E all'art. 17 precisa che "il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte".[173] La posizione è ribadita anche dal documento conclusivo dei lavori della Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO del marzo 2019 pur ammettendo nella relazione di accompagnamento che i valori professionali vanno "vissuti in un'epoca di evoluzione travolgente della scienza e della tecnologia medica e influiscono nel processo del morire, modificandolo; nello stesso tempo la società trasforma la percezione sociale e individuale della morte".[174]

Anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani nel proprio Codice deontologico (2018), all'art. 8 sulla "Dispensazione e fornitura dei medicinali" dispone che: "la dispensazione del medicinale è un atto sanitario, a tutela della salute e dell'integrità psicofisica del paziente".[175] Inoltre, nel proprio giuramento, approvato dal Consiglio Nazionale il 15 dicembre 2005, il farmacista promette "di difendere il valore della vita con la tutela della salute fisica e psichica delle persone per il sollievo della sofferenza come fini esclusivi della professione, ad essi ispirando ogni mio atto professionale con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, affermando il principio etico dell'umana solidarietà".[176]

Il nuovo Codice degli infermieri del 2019, all'art. 24 sottolinea che l'infermiere "presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale".[177]

Sempre nell'ambito del Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul suicidio medicalmente assistito, la posizione contro l'obiezione di coscienza è classificata come storicamente più recente e meno diffusa, e si afferma che l'aiuto a morire può rientrare tra i compiti professionali del medico e del personale sanitario. Questo perché oggi non solo sono profondamente cambiate rispetto al passato le condizioni del morire, ma anche perché le persone vogliono affermare l'autodeterminazione sulla propria vita e sulla propria morte. In alcuni casi, il processo del morire è prolungato da interventi medici che comportano sofferenze e angosce nelle persone, così che non solo si richiedono cure palliative e programmi di pianificazione delle cure, ma si passa anche all'esplicita richiesta di aiuto a morire per superare un'inevitabile situazione di dolore. In questi casi, la disponibilità del medico ad assecondare la richiesta di morire nasce dal *primum non nocere*, ossia dal dovere che impone di non causare nocumento e di diminuire il dolore.

In conclusione, alcuni interrogativi.

Stiamo assistendo a una sostanziale trasformazione in nuove modalità del paradigma *curare e prendersi cura* nella relazione paziente-medico?

Stiamo assistendo allo scivolamento culturale dal *lasciare morire*, che riconosce il limite dell'intervento medico, all'*agevolare la morte*?

Comunque, nel confronto tra i principi bioeticamente rilevanti della salvaguardia della vita o diritto alla vita e dell'autodeterminazione della persona, è doveroso il bilanciamento tra oggettiva proporzionalità terapeutica e istanze soggettive del paziente. *Lasciar morire* è condiviso contrasto alla ostinazione irragionevole dei trattamenti nella doverosità delle terapie del dolore e dell'accompagnamento palliativo anche con sedazione continua profonda, in un contesto di relazione paziente-medico dove si realizza l'alleanza sostanziale tra fiducia del paziente e coscienza del medico.

In definitiva, pazienti sempre curabili per quanto inguaribili.

Dovere anche della politica è interrogarsi su un sistema socio-assistenziale, e ancor prima culturale, che abbia come obiettivo primo la tutela delle fragilità e delle vulnerabilità. È una sfida di civiltà e democrazia che non può essere disattesa.

allows it or decriminalizes it under certain conditions". WMA Statement on Physician Assisted Suicide (Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005, reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015 and reiterated on October 2017)". Il testo integrale di tale documento è: "Physician-assisted suicide, like euthanasia is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. However, the right to decline medical treatment is a basic right of the patient and the physician does not act unethically even if respecting such a wish results in the death of the patient".

173 https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf

174 FNOMCeO, Documento conclusivo della Consulta Deontologica Nazionale, marzo 2019, p. 3

175 http://www.fofi.it/doc_fofi/codice_deontologico.pdf

176 http://www.fofi.it/ordinecb/pagina.php?pagina_id=191&tipo=professione

177 http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm

IL PRINCIPIO PERSONALISTICO E SOLIDARISTICO NELLA COSTITUZIONE DI FRONTE ALLE SCELTE DEL FINE VITA

Antonio D'Aloja - Ordinario Diritto Costituzionale Unipr - Presidente Comitato Bioetica e Biodiritto Unipr Componente CND

Voglio innanzitutto ringraziare gli organizzatori di questo Convegno, il Presidente Muzzetto e il Presidente Anelli, intanto per avermi dato un'occasione per me davvero unica e molto importante di confronto all'interno della Consulta Deontologica Nazionale; ho avuto in questi mesi la possibilità di discutere di questi temi, di lavorare insieme a medici che sono impegnati quotidianamente di fronte al malato, alle sue sofferenze.

È stata ed è per me una lezione importantissima, e al tempo stesso un invito ad avvicinarmi a questi temi in modo meno astratto, che è talvolta il rischio del giurista che esamina i problemi bioetici un po' da lontano.

Il titolo della relazione che mi è stata affidata è un titolo molto impegnativo. È un compito quasi ingestibile all'interno dello spazio di una relazione parlare di "Principio personalistico e principio solidaristico nella Costituzione", ovviamente con riferimen-

to alle scelte di fine vita. Due principi che sono evidentemente al cuore del progetto costituzionale di società e che sono legati l'uno all'altro in modo inscindibile.

Il personalismo ci richiama l'attenzione sull'uomo nella concretezza della sua dimensione sociale, delle sue relazioni, quindi l'uomo non pensato atomisticamente come separato e staccato dagli altri, ma l'uomo immerso nella vita sociale, e il solidarismo è in qualche modo una luce su questa idea della persona, dell'individuo. Scriveva Mounier che la prima esperienza della persona è l'esperienza della seconda persona e quindi il tu, il noi viene prima dell'io o perlomeno lo accompagna.

Nella prospettiva costituzionale del personalismo, diritti e doveri, non a caso in quella splendida norma che è l'articolo 2 della Costituzione, sono insieme e vanno letti insieme, ma non solo perché in qualche modo si seguono nella sistematica dell'articolo, ma perché in qualche modo i doveri fanno parte del materiale di costruzione del diritto; cioè i diritti nascono già nella prospettiva personalistica con una dimensione deontologica, con un'interrogazione, cioè nel momento in cui noi esercitiamo i nostri diritti, in qualche modo dobbiamo anche farci carico di che cosa questo può significare per gli altri che vivono attorno a noi e sul piano del rapporto poi di cura, della relazione di cura tra un medico e un paziente, questo ha dei risvolti importanti che in parte la Legge 219 riesce a far emergere. C'è una norma, ce lo ripetiamo tante volte, secondo me bellissima, nella Legge 219, che da sola in qualche modo dovrebbe rappresentare il punto di riferimento della relazione di cura, cioè quella che dice che il tempo della comunicazione è tempo di cura. In altre parole, l'invito è quello a un rapporto che non sia un rapporto costruito solo sulla visione burocratica e iper-individualista del consenso, ma che sia appunto un momento di dialogo, di ascolto, di capacità di comunicazione.

Ora, rispetto a queste cose, il fine vita è un terreno spinosissimo di verifica e di analisi; possiamo dire che da sempre, fin dai primi casi americani degli anni Settanta (celebre il caso Quinlan deciso dalla Corte Suprema del New Jersey), il tema del fine vita ha costituito uno dei test più difficili e sensibili dell'orizzonte bioetico, una vera e propria singolarità rispetto alla quale non solo faticano a emergere delle linee consolidate, ma si ha anche la sensazione che il dibattito etico e giuridico abbiano in un certo senso esaurito gli argomenti a sua disposizione o, meglio, che questi argomenti siano rigidamente assestati su binari destinati a non incontrarsi. Il problema riguarda la capacità stessa del Diritto costituzionale di definire e proporre su questi temi un quadro di soluzioni e di risposte che siano stabilmente condivise. Se noi proviamo a guardare ai fili che dalle questioni che abbiamo davanti (da Englaro a Welby, a Cappato/DJ Fabo) salgono verso la Costituzione e viceversa, dalla Costituzione scendono verso i fatti, non ci si può non rendere conto del fatto che tutti gli elementi in campo, a cominciare proprio dalle formule normative costituzionali, sembrano potersi adattare a letture sensibilmente differenti tra di loro, finanche opposte, profondamente condizionate da una sorta di contenuto morale che diventa un fattore determinante di orientamento delle premesse e degli esiti interpretativi.

Il Presidente emerito della Corte Costituzionale Gustavo Zagrebelsky, in un lavoro intitolato non casualmente "Fragilità e forza del linguaggio costituzionale", diceva: <<*se noi guardiamo le argomentazioni dei tribunali e dei tribunali costituzionali, in particolare, quando essi trattano le questioni che riguardano la vita, come si nasce, come si muore, il corpo, ecc…ci rendiamo conto che il richiamo a un principio scritto nella Costituzione, sia esso la vita, la dignità, la salute, l'autodeterminazione, è spesso solo il modo per aprire una discussione che si sposta altrove*>>.

Appunto, un "altrove" rispetto al diritto che però, al tempo stesso, influisce profondamente poi sul tipo di risposta giuridica. Potremmo dire che la Costituzione non regola da sola e unilateralmente, ma contemporaneamente è anche regolata, cioè è sospinta in una dimensione pluralistica nella quale non riesce a dire tutto o a dare un indirizzo chiaro e univoco su tutto, ma lascia lo spazio ad opzioni interpretative che risultano alla fine non estranee al testo e che si richiamano a questa cornice assiologica aperta.

Lo stesso argomento della vita che stamattina veniva richiamato da Maurizio Benato sembra inidoneo a dare sempre la soluzione di ogni caso. Hans Jonas ci dice in un suo librettino, in realtà densissimo, intitolato "Il diritto di morire", che è il concetto di vita, non quello di morte (anche se può sembrare paradossale come argomento), che in definitiva governa la questione del diritto di morire; problematiche analoghe le riscontriamo su un altro valore costituzionale spesso richiamato in queste vicende, come quello della dignità, richiamato dalla Corte Costituzionale sia nella Decisione 207/2018 che nella sentenza 262/2019, in diversi passaggi argomentativi: sono d'accordo con Andrea Nicolussi quando dice che nella dignità c'è una dimensione oggettiva e questa dimensione oggettiva emerge anche in alcune recenti sentenze della Corte Costituzionale (per esempio quella sulla prostituzione, la 141 del 2019), come pure da alcuni articoli della Carta Europea dei Diritti dell'Uomo quando parlano, per esempio, del divieto di clonazione riproduttiva o di altri elementi del percorso bioetico e biogiuridico.

D'altra parte, però, diventa impossibile filtrare dalla dignità anche quella parte di esperienza soggettiva irriducibile, quel modo che ciascuno di noi ha di vedere la sua vita soprattutto in un momento di grande fragilità e di grande debolezza come può essere quello di una malattia in una situazione estrema.

Ad ogni modo, il tema oggi è occupato, direi in modo quasi totale, da quello che la Corte Costituzionale ha detto nell'Ordinanza 207 del 2018 e che ha sostanzialmente confermato nella Sentenza 242/2019.

Ma veniamo al punto. Condivido quello che ovviamente ha detto molto bene Gianfranco Iadecola. Penso anch'io che quella della Corte Costituzionale sia stata una svolta. Non è assolutamente qualcosa che si pone in linea di continuità con il Diritto Vivente, ma sia invece qualcosa che ha spiazzato il campo delle opinioni e del dibattito sul fine vita, almeno per come in Italia esso si era stabilizzato. La Legge 219 del 2017 era effettivamente una sorta di sintesi di un percorso giurisprudenziale che si era snodato attraverso i casi Welby, Englaro, e Piludu, voglio dire che era espressione di una sequenza virtuosa, perché in questi casi interviene sempre prima il giudice; ce lo dimostra anche l'esperienza americana, per il semplice fatto che le novità vanno a finire davanti al giudice e il giudice non può dire <<non me ne occupo perché non c'è una legge>>.

Deve trovare, in qualche modo, una risposta; e spesso la trova in quei materiali indeterminati che sono i principi generali del diritto, le clausole costituzionali o anche del diritto europeo o internazionale. Quindi il giudice interviene sempre prima, ma un legislatore intelligente, secondo me, è il legi-

slatore che poi in qualche modo consolida il risultato dell'interpretazione e la stabilizza nel tempo. Ed è in effetti quello che la Legge 219, a mio avviso, faceva con qualche slittamento in avanti, perché la questione della nutrizione, dell'idratazione artificiale era ancora una questione controversa, nonostante la Englaro, e perché la questione della sedazione palliativa profonda continua era appena stata in qualche modo definita in un Parere del Comitato Nazionale di Bioetica.

Nondimeno, la Legge 219 era espressione, secondo me, di questa idea di una legislazione che nel campo della bioetica è al tempo stesso imparziale, perché tiene conto un po' di tutti gli interessi che sono emersi sul tavolo del problema; un legislatore sussidiario perché non vuole, come aveva provato a fare Calabrò nell'imminenza della decisione Englaro, non vuole regolare i conti con la Magistratura, ma vuole in qualche modo, come dire, dialogare su basi paritarie con la magistratura, è un legislatore ragionevole che provava a fare un equilibrato bilanciamento degli interessi coinvolti. In sostanza, ci trovavamo di fronte in una situazione diversa da quella solita della bioetica in cui il giudice è costretto a colmare il vuoto di un legislatore che non interviene; qui il legislatore era intervenuto, ed era intervenuto anche in modo, come dire, ampio e rappresentativo di tutte le istanze.

Questo, a mio parere, avrebbe potuto forse suggerire un maggiore self-restraint da parte della Corte Costituzionale; invece la Corte Costituzionale, secondo me, ha voluto proprio fare questo salto in avanti e ha voluto farlo trasformando il caso Cappato nel caso DJ Fabo.

Il caso Cappato, infatti, poteva essere risolto lavorando sull'interpretazione dell'Articolo 580 del Codice Penale, come hanno provato a fare alcuni tribunali di merito (cvome quelli di Vicenza, e Treviso). Cioè c'era la possibilità, secondo me, di evitare una condanna di Cappato, che sarebbe stata ingiusta, lo dico chiaramente, dal mio punto di vista, senza però mettere in gioco così pesantemente, in modo imprevisto, il tema della configurabilità di un diritto a morire per mano di altri. Invece la corte ha voluto fare questo, ha voluto spostare in avanti i confini del dibattito sul fine vita e con questo noi dobbiamo fare i conti.

Io non ho difficoltà ad ammettere qui che la mia posizione è sempre stata. e continua a essere quella, di una ragionevolezza della linea di distinzione tra lasciar morire - lasciare che una malattia faccia il suo corso senza, come dire, provare sempre a contrastarla terapeuticamente, anche e soprattutto quando ciò appare inutile- e uccidere o aiutare qualcuno a togliersi la vita. Ho sempre pensato che questa linea distintiva, che è la linea distintiva ancora di Corti Supreme importanti come quella americana, o tedesca, sia una linea distintiva che merita di essere conservata, anche se mi rendo conto, ce lo dobbiamo dire questo con franchezza, che in alcuni casi questa linea distintiva sia abbastanza sfumata.

Ci sono dei casi, delle zone grigie dove diventa difficile capire se siamo da un lato o dall'altro. Anche il caso Englaro era in fondo uno di questi, perché, mentre sul caso di Piergiorgio Welby io mi sento di dire che, una volta interrotta la respirazione artificiale, lì c'era una malattia che progrediva verso un esito mortale, nel caso della Englaro la malattia aveva ormai esaurito tutta la sua potenzialità distruttiva; non c'era altro che potesse fare nei confronti di quella ragazza; c'era, e questo diventa poi un elemento di riflessione che forse può giustificare il fatto che la Corte di Cassazione abbia riportato quella vicenda nell'ambito del rifiuto di cure, una situazione talmente estrema, di impossibilità ormai irreversibile di recuperare anche un minimo, di relazione cognitiva, che probabilmente davvero rende quel caso una vicenda più unica che rara.

Sono convinto della ragionevolezza della distinzione, perché anche dal punto di vista costituzionale, il diritto di rifiutare il trattamento è un diritto assestato su un pilastro abbastanza chiaro che è quello del diritto di rifiutare le cure, come risvolto negativo del diritto alla salute, diritto che è in tutte le Costituzioni.

Viceversa, il diritto di essere uccisi o di essere aiutati a morire non c'è in nessuna Costituzione. Nessuna Costituzione lo riconosce: è un'operazione molto eccentrica, va costruita al di fuori della relazione medico-sanitaria, va costruita al di fuori del tema del diritto alla salute. C'è un'alterazione profonda dell'identità morale-professionale del medico e voglio cogliere l'occasione delle ultime battute conclusive per dire anch'io, con Gianfranco Iadecola, che mi ha sorpreso questa disattenzione del Giudice Costituzionale verso la dimensione deontologica.

Mi ha sorpreso perché la stessa Corte Costituzionale in altre sentenze aveva censurato il legislatore per aver fatto operazioni di discrezionalità politica pura, evitando di confrontarsi con le acquisizioni della scienza e della deontologia medica; in altre parole aveva detto al legislatore: <<Tu, quando operi su questi temi, devi tenere conto che c'è un mondo fatto dai destinatari della tua regola, che produce diritto>>. Questo è un principio costituzionale, è la sussidiarietà anche normativa che viene fuori in questi casi. Tutto questo, invece, scompare all'interno della decisione 207/2018, dove c'è un'operazione di discrezionalità giurisprudenziale pura, cioè che non tiene assolutamente conto della dimensione deontologica.

Ora, nella sent. 242/2019, c'è un passaggio più deciso sull'obiezione di coscienza. Me lo aspettavo proprio alla luce delle posizioni espresse dalla Fnomceo in questo anno passato dalla decisione 207. La Corte dice chiaramente che la declaratoria di illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. "si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato".

Vado a concludere su un punto che poi mi consente di richiamare un spetto importante dell'idea e del principio personalista e solidarista della Costituzione. La Corte dice "l'ammissibilità del suicidio non deve diventare uno strumento ordinario e pone come presupposto" (mi sembra un passaggio molto importante questo), il coinvolgimento del malato in un percorso di cure palliative, che dovrebbe essere una sorta di prerequisito, della scelta di chiedere il suicidio assistito.

Ritengo che questo sia un passaggio fondamentale, ma al tempo stesso sia una sfida per il Legislatore.

Un legislatore che voglia prendere sul serio il principio solidarista e il principio personalista è un legislatore che deve fare di tutto per disincentivare la scelta eutanasica, per dare una risposta alla solitudine in cui si trova il malato, che non è la risposta semplicistica dell'essere aiutato a morire, ma è la risposta nel trasformare davvero quello che al momento è solo un dato formale, cioè l'inserimento della terapia del dolore e delle cure palliative nei livelli essenziali, in qualcosa che sia veramente diffuso su tutto il territorio nazionale.

LA PALLIAZIONE NELLA PIANIFICAZIONE DELLE CURE

Luciano Orsi - Vicepresidente Sicp

Buongiorno a tutti, grazie per l'invito. Per non sottrarmi al quesito che costituisce il titolo a questa sessione "Le cure palliative annullano la richiesta di suicidio assistito ed eutanasia?" devo rispondere che, purtroppo, le cure palliative non annullano tali richieste. Nel senso che le cure palliative possono ridurre drasticamente il numero di richieste grazie ad un buon controllo delle sofferenze (globalmente intese), ma rimane una quota incomprimibile di richieste che non sono tanto legate alla sofferenza fisica, ma alla situazione psico-esistenziale e al rifiuto di percorrere il tratto finale della malattia e della vita anche in condizioni di efficace palliazione dei sintomi fisici. Questa quota residuale di richieste risulta incomprimibile come comprovato dalla letteratura internazionale e dall'esperienza empirica che stima tali richieste attorno al 5-7% dei decessi per fase terminale, anche se è probabile che il trend possa lentamente crescere nel futuro. Le richieste di aiuto medico a morire quindi ci sono anche in Italia, pur non essendo frequenti.

Per entrare nel tema della mia relazione occorre prendere in esame le traiettorie di fine vita illustrate nella prima diapositiva che rappresentano le "vie per uscire dalla vita". Innanzitutto, va precisato che la parte nettamente prevalente delle morti è legata a patologie cronico-degenerative (cancro compreso) e, infatti, i decessi per patologie acute sono solo due (parte gialla del diagramma a torta) rispetto ai venti morti che un medico di famiglia registra in un anno fra i suoi assistiti; i rimanenti 18 malati decedono per patologie cronico-degenerative. Prendendo in esame le tre traiettorie che percorrono questi 18 malati vediamo come la curva rossa, che rappresenta la traiettoria del cancro, sia caratterizzata da un declino funzionale piuttosto rapido anche se in questi ultimissimi anni la curva ha una inclinazione meno accentuata. La curva nera è quella delle insufficienze parenchimali (es. l'insufficienza cardiaca, respiratoria, renale, epatica, ecc.) e declina più lentamente nel tempo presentando delle crisi di rapido peggioramento seguite da un recupero se il trattamento, anche intensivo, ha successo. La curva verde è quella con declino più lentamente progressivo e rappresenta la fragilità delle poli-patologie e della demenza degli anziani.

Quello che è rilevante segnalare ai fini degli aspetti etici dei percorsi di cura di tali malattie e della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) è che nelle fasi avanzate di tutte queste traiettorie di malattie, che rappresentano la parte assolutamente più preminente delle cure sanitarie, occorre prendere decisioni. Soprattutto nelle fasi avanzate di tutte queste malattie cronico-degenerative si devono inevitabilmente prendere decisioni.

Ecco quindi il quadro spazio-temporale in cui si colloca la PCC, che ricordo essere già citata nel Codice Deontologico (art. 26) sotto la denominazione "Pianificazione Anticipata della Cure". La PCC finalmente trova una sua precisa e importante collocazione nell'art. 5 della Legge 219 del 2017. Legge che, come Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e come Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), abbiamo auspicato ed appoggiato, perché vi era un forte bisogno di una legge di questo tipo. La riteniamo una buona legge ed è una legge che non andrebbe modificata, a nostro parere, da eventuali futuri iter legislativi che rivolti alla legalizzazione vanno verso l'aiuto medico al morire (termine che comprende sia il suicidio medicalmente assistito che l'eutanasia). Questo perché è una legge che ha tutt'altri obiettivi: parla di consenso, parla di divieto di ostinazione terapeutica, parla di cure palliative, parla di pianificazione delle cure e, poi, parla di DAT; quindi è una legge che non ha niente a che vedere con l'aiuto medico a morire. Inoltre, anche se si è discusso tanto delle DAT, ma va precisato che la parte sicuramente più rivoluzionaria di questa legge non sono le DAT ma, bensì, il consenso informato, perché non stiamo, in termini generali, gestendo il consenso informato secondo quello che la deontologia e l'etica, indicavano e che adesso prescrive la legge.

Invece, soprattutto nella gestione della cronicità, della cronicità avanzata e della terminalità, il consenso informato e la PCC sono gli strumenti elettivi. Sono strumenti che dobbiamo imparare ad usare, perché in quelle traiettorie di malattia, in quei progressivi decadimenti delle funzioni vitali fino all'avvicinamento alla morte, sappiamo già cosa succederà, quali complicanze si determineranno ed è perciò importante che il percorso di cura venga pianificato in modo condiviso con il paziente prima che questi aggravamenti accadano e vengono gestiti dai sanitari di turno senza tener conto delle pregresse volontà del malato. Infatti, oggi diventa davvero improponibile, sul piano etico-deontologico e giuridico, formulare un piano di cura senza tenere conto delle volontà del paziente. E, quindi, laddove in Medicina è possibile, e nella cronicità è sicuramente più possibile rispetto alle patologie acute, questa pianificazione condivisa può essere realizzata dall'équipe curante.

Mi piace sottolineare la dimensione dell'équipe sanitaria e il suo ruolo nella pianificazione dei percorsi di cura poiché nel convegno di oggi, anche perché promosso dall'Ordine dei Medici, abbiamo parlato tanto della figura del medico. Come palliativista devo però far presente che attualmente qualsiasi percorso di cura di una qualche rilevanza viene gestito in équipe e, pertanto, anche le decisioni di cura avvengono in ampia misura in équipe. Le cure palliative vengono, per definizione, attuate in équipe e quindi invito tutti ad allargare la nostra visione includendo anche le altre componenti professionali che operano dentro d'équipe. In un decorso di cronicità o di terminalità, ad esempio, il ruolo infermieristico è assolutamente fondamentale.

Ovviamente, per attuare una buona PCC occorre un'adeguata informazione e questa è forse la parte più difficile che i tutti i professionisti sanitari devono affrontare, perché non c'è una tradizione di costante informazione del malato via via che la malattia progredisce. Generalmente ci si limita ad informare un po' tardi quando il peggioramento o la terminalità stanno già avvenendo o sono avvenuti. E se, come dire, se ne parla, spesso non si solleva il problema della qualità della vita connessa alle varie alternative terapeutiche, non si chiarisce la prognosi e non si parla né si offrono cure palliative precoci e simultanee. Sulle cure palliative c'è una rimozione quasi afasica tanto che spesso si fa fatica a pronunciare la parola "cure palliative". Eppure, se si fa una pia-

nificazione anticipata, questa deve essere condivisa e, quindi, l'informazione non può che comprendere anche la programmazione di un percorso di palliazione, perché prima o poi i bisogni di cure palliative del malato (e dei suoi cari) emergono prepotentemente. È quindi eticamente indicato e clinicamente appropriato offrire ed avviare tempestive cure palliative, preferibilmente non solo cure palliative di fine vita, ma anche cure palliative simultanee/precoci.

E quindi bisogna parlarne per tempo, informando il malato secondo le sue necessità e preferenze, raccogliendo il consenso o il dissenso del malato alle nostre proposte terapeutiche, accettando che potrà cambiare opinioni e volontà nel tempo e, quindi, registrando in cartella clinica tale processo di condivisione e di decisioni. Sottolineo che nella PCC lo strumento elettivo è rappresentato dalla cartella clinica che è uno strumento a portata di mano, quindi il più adatto a registrare tale processo informativo e decisionale. A differenza delle DAT, nella PCC non si deve, infatti, ricorrere a mezzi esterni non c'è necessità dell'Ufficio Anagrafe, del notaio, non c'è bisogno di una scrittura privata. La cartella clinica è uno strumento molto più flessibile, molto più adeguato al mutare delle condizioni delle volontà del malato. Inoltre, nella PCC vi è è la fondamentale la possibilità di indicare un fiduciario, figura molto utile per uscire dalle difficoltà decisionali prodotte dalla presenza di opinioni diverse fra i vari familiari.

Occorre, infatti, prendere realisticamente atto che all'interno delle famiglie coesistono visioni etiche diverse e quindi opinioni divergenti sulle alternative di trattamento. Anche dentro le équipe curanti convivono ottiche etiche differenti e scale valoriali diverse. Risulta quindi necessario che nella relazione con il malato, con i familiari e con i vari professionisti dell'équipe emergano queste differenti visioni del bene e del male al fine di confrontarle per cercare di arrivare ad una decisione il più condivisa possibile fra tutti gli attori. Però, se il malato nella PCC nomina un fiduciario, questo renderà più facile una composizione delle diverse opinioni presenti fra i familiari, anche con il supporto dell'équipe che favorisce il rispetto della volontà del malato.

Ovviamente, la PCC deve essere aggiornata al variare delle volontà del malato e a tale aggiornamento va registrato nella cartella clinica come indicato dal comma 4 dell'art. 5 della Legge 219/17. Infine, giusto per allargare lo sguardo a proposito di PCC, cito l'art. 24 del recente (aprile 2019) Codice deontologico delle professioni infermieristiche, in cui vengono citate sia la PCC sia la palliazione. Questa forte sintonia fra i due Codici deontologici dei medici e degli infermieri è vista dalle cure palliative come un grande valore, perché se si vogliono gestire i percorsi di cura con una "mentalità di équipe", occorre avere una trama deontologica comune, una visione ed un linguaggio comuni per poter poi gestire il processo decisionale insieme col malato ed i suoi cari. Si auspica che questa forte sintonia fra i due Codici non vada persa negli anni futuri.

In merito al processo decisionale sulle cure bisogna evidenziare che esso non può essere limitato alle sole scelte cliniche, perché gestire una fase avanzata o terminale di malattia significa compiere scelte su "come curare e come gestire il processo del morire", su "quando curare la malattia contrastando la morte e quando permettere che la morte arrivi (il "letting die" di cui si diceva stamattina), su "dove curare e dove morire". Sarebbe ingenuo e semplicistico pensare che queste scelte siano solo di tipo clinico perché, a ben vedere, si tratta di scelte che hanno una radice etica e deontologica e, adesso più di prima, anche giuridica come definito dalla Legge 219/17. Questa radice non clinica è molto più forte di quanto generalmente non si pensi. Infatti, il problema è che tendenzialmente i professionisti sanitari non sono abituati a vedere tali radici, perché non sono stati formati a riconoscere e gestire le componenti deontologiche, etiche e giuridiche delle scelte in Medicina. I professionisti sanitari sono quasi esclusivamente formati per riconoscere e gestire la parte clinica delle scelte ma è quanto mai urgente che acquisiscano le altre competenze che risultano indispensabili per decidere in modo corretto su tutti i piani, non limitandosi alla corretta clinica. Ad es. la decisione relativa al "se tracheostomizzare o no" un malato di SLA arrivato in fase di insufficienza respiratoria finale non può essere condotta solo sulla scorta dei dati clinici (es. emogasanalitici), perché non è il fattore clinico quello che dirime la decisione ma, bensì, la volontà informata e consapevole del malato (anche in forma di PCC e non solo di consenso o dissenso informato).

Per impostare correttamente il processo decisionale, soprattutto nel fine vita, occorre uscire dal falso dilemma "faccio o non faccio?", perché se un sanitario o un familiare o un paziente pensano di dover scegliere fra "fare" e "non fare", il grosso rischio è quello che si scelga di default il "fare" (nell'esempio del malato di SLA in fase terminale questo si traduce nello tracheostomizzare per procedere alla ventilazione meccanica). Se, invece, la scelta diventa fra "fare" quello che si è sempre fatto fino ad ora nel caso ciò abbia ancora una efficacia clinica ed una liceità etica oppure "fare altro" (avviare le cure palliative) perché è diventato eticamente più lecito e più appropriato dal punto di vista clinico, allora si aprono prospettive di cura non automaticamente rivolte ai trattamenti invasivi o intensivi mirati al semplice prolungamento della vita biologica indipendentemente dalle volontà del malato e dal suo orientamento esistenziale. Rispetto al confronto fra "fare" e "non fare", quello fra i due "fare" ("fare" e "fare altro") viene vissuto positivamente dall'équipe perché non abbandona il malato, viene vissuto positivamente dal malato che non si sente abbandonato e viene vissuto positivamente dal familiare che non percepisce un abbandono terapeutico del proprio caro.

La questione dello scegliere fra "fare"(cure che prolungano la quantità di vita) e "fare altro" (cure palliative mirate alla qualità della vita) rispecchia la ricerca del miglior bene (best interest) del malato. Mi permetto ancora una volta di citare il Codice delle professioni infermieristiche perché nell'art. 2 cita espressamente il bene del malato (l'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività") ma anche gli articoli 13, 16, 18, 48 del Codice di deontologia medica (ove sono citati i benefici dei trattamenti) per sollevare il grande problema della Medicina e della società attuale: "Qual è il bene della persona malata?", ovviamente declinato nei singoli contesti e fasi di malattia della persona. Questo è il vero e grande problema: oggi fare il "bene" della persona, cioè rispettare il principio etico di beneficialità, non fare il "male", e quindi rispettare il principio di non-maleficialità, non può essere definito a priori, in modo universale perchè possa o debba valere per tutte le persone malate. Il "bene" del malato non può che essere riferito a quello che ogni specifico malato ritiene per sé essere il "suo bene". Questo comporta che ci sono concezioni diverse di "bene" che vari malati esprimono in base alla loro concezione del mondo, ai loro valori, alla loro ottica etica. Sul piano empirico questo significa che, ad esempio ci sono malati in

fase terminale di SLA che decidono di accettare la proposta della ventilazione artificiale permanente ed altri malati che la rifiutano in base ad una diversa concezione di qualità di vita e di dignità. Queste due esemplari concezioni di bene, addirittura antitetiche perché generatrici di due sopravvivenze molto diverse, permettono di comprendere a fondo il grande valore della PCC che nella SLA si ha tutto il tempo di mettere in atto.

Questo è il cuore della PCC: mettere la persona malata in grado di avere informazioni tempestive e adeguate in modo che possa formulare consapevolmente le sue volontà e prendere decisioni per un futuro in cui potrà perdere o sicuramente perderà la capacità mentale. Ma va stigmatizzato che una volta che il malato ne ha parlato con i curanti e con la sua rete affettiva ed è arrivato a formulare una decisione confermata nel tempo, quella decisione va rispettata da tutti perché quello è il suo "bene". Questo tipo di percorso decisionale caratterizzato da una rilevante e decisiva compartecipazione del malato all'individuazione del suo "bene", ovviamente, mette in difficoltà canoni tradizionali della Medicina e della società ancora attestati su concezioni universali di "bene", proponibili o, addirittura, imponibili a tutti.

Nella PCC mi pare necessario ricomprendere l'art. 2 della Legge 219/17, sia perché è uno degli articoli meno noti, sia perché afferma chiaramente il dovere di alleviare le sofferenze; questo vuol dire che la Medicina deve definitivamente assumere dentro di sé il dovere di alleviare le sofferenze. Questa introiezione la Medicina, in senso lato, non l'ha ancora compiuta; infatti, ad es. l'Italia è ancora la penultima nazione europea nel consumo di oppiacei. Ci sono nazioni del cosiddetto Terzo Mondo che hanno un consumano maggiore rispetto al nostro; questo banalmente significa che non stiamo trattando bene il dolore fisico e la dispnea. Se poi ci allarghiamo alla sofferenza generata dal dolore fisico o, comunque dalla malattia, ossia alla sofferenza psicologico-esistenziale, sociale e spirituale, le cose vanno ancora peggio. Non per niente Cicely Saunders, inventrice delle cure palliative e, non a caso, donna, infermiera, assistente sociale, ha coniato il termine "dolore globale" composto da tutte le precedenti componenti inscindibili fra di loro, come l'ascolto dei malati gravi e terminali le ha insegnato.

La legge 219/17 sancisce che il dovere di alleviare le sofferenze in capo alla Medicina persiste anche nel caso il malato rifiuti il trattamento proposto e, quindi non solo se il malato è "compliante" con le proposte terapeutiche dei curanti. Il controllo della sofferenza vale quindi qualunque sia la scelta del malato, sia che accetti o che non accetti i trattamenti o che li accetti inizialmente e poi li revochi. Questo va ribadito perché risponde a chiare indicazioni etico-deontologiche e, ora, anche giuridiche. Questo dovere va tenuto ben presente nella PCC.

Un altro elemento chiave della PCC è il criterio etico della proporzione terapeutica. Nel formulare offerte terapeutiche e nel metterle in atto occorre avere ben chiaro che sussiste un preciso e cogente dovere di astenersi dalla sproporzione terapeutica. Sia la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) sia la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) stressano da tempo il rischio del sovra trattamento delle fasi avanzate e terminali nei sistemi sanitari avanzati come quelli occidentali, ove, contrariamente a quello che pensano alcuni, il rischio non è quello dell'abbandono terapeutico o del sotto trattamento. Alle nostre latitudini il rischio nettamente prevalente è l'eccesso di trattamento, perché si tende a praticare un modello di Medicina forgiato sulle patologie acute, essendo i professionisti sanitari formati quasi esclusivamente sul compensare o vicariare le insufficienze parenchimali, anche nella cronicità avanzata e addirittura nella terminalità. Quindi questo è un gigantesco problema che va e deve essere subito affrontato: praticare sempre cure clinicamente appropriate ed eticamente lecite (rispetto delle volontà del malato e rispetto della proporzionalità etica). Nella PCC vanno quindi prospettati al malato solo trattamenti che siano clinicamente appropriati, mentre il giudizio di proporzionalità richiede una valutazione condivisa fra malato e curanti poiché la proporzionalità è il frutto di una valutazione sia oggettiva (in carico ai curanti) sia, soprattutto, soggettiva (in carico al malato). Nella PCC i trattamenti privi di appropriatezza clinica o di proporzionalità etica non vanno inclusi, anche se fossero richiesti dal malato o dai suoi cari.

Nella PCC va inserita, se appropriata, anche la sedazione palliativa citata nel comma 2 dell'art. 2 della Legge 219/17 poiché è una procedura delicata che deve avere, ove possibile, il consenso del malato, anche in forma anticipata attraverso la PCC. Prospettare, nel corso della PCC, al malato la possibilità di controllare le sofferenze refrattarie ai trattamenti disponibili tramite la sedazione palliativa è un dovere etico-deontologico e, ora, giuridico per alleviare le sue paure circa fase terminale. Sulla sedazione palliativa permettetemi qualche accenno sintetico per segnalare che, contrariamente a quanto spesso detto nel dibattito pubblico sulla Legge 219/17 o dopo in recenti pronunciamenti della Corte costituzionale sul suicidio assistito, la sedazione palliativa non è la panacea di tutti i problemi del fine vita. In particolare, va precisato che la sedazione palliativa, in tutte le sue forme, non è l'alternativa legalizzata al suicidio medicalmente assistito vietato sul piano giuridico. La sedazione palliativa è, infatti, una procedura nata nelle fasi finali della vita (riferendosi a una prognosi di morte imminente riferendosi generalmente agli ultimi 15 giorni di vita) per controllare un'intollerabile sofferenza globale indotta da quei sintomi che non sono altrimenti trattabili senza ridurre o abolire la coscienza/vigilanza. Analogo ragionamento va svolto per la sedazione palliativa condotta per controllare le sofferenze connesse alla non attivazione o alla sospensione di un trattamento di sostegno vitale perché rifiutato dal malato o perché eticamente sproporzionato. Purtroppo, la sedazione palliativa, sia nella forma temporanea o intermittente sia nella forma proporzionale o in quella profonda, continua è ancora molto poco conosciuta e, quindi, poco praticata. Ne deriva che va fatta conoscere molto di più e, soprattutto, va praticata molto di più in tutti i setting ove le persone muoiono: a casa, nelle RSA, nei reparti ospedalieri, ed in altri luoghi di degenza. Questo è quello che può e deve dare la sedazione palliativa, che con l'eutanasia e il suicidio assistito, non c'entra nulla perché vi sono solide evidenze scientifiche che la sedazione palliativa non deprime il respiro o il circolo e, pertanto, non abbrevia la vita. Nella sedazione palliativa il decesso del malato sedato avviene per effetto della terminalità della malattia sottostante; la sedazione toglie solo la percezione della sofferenza. Pertanto, la sedazione palliativa va nettamente distinta dall'aiuto medico a morire (suicidio medicalmente assistito ed eutanasia) perché ha obiettivi diversi (sedare vs provocare la morte), mezzi diversi (sedativi e analgesici vs farmaci letali) e risultati diversi (morte da malattia vs. morte indotta).

Una volta chiarita la netta differenza empirica ed etica fra sedazione palliativa e procedure di aiuto medico a morire, ne discende

automaticamente che la sedazione non può essere una risposta ai malati che volontariamente chiedono di por fine alla loro vita. Se si vuole fare un percorso di aiuto medico a morire, la risposta non può essere la sedazione palliativa; su questo punto è bene che la società, la Medicina e il diritto abbiano le idee chiare, perché altrimenti si rischiano grandi confusioni e gravi danni, in primis ai malati ed ai loro cari. In altre parole, se ci si orientasse verso la legalizzazione dell'aiuto medico a morire sarebbe quanto mai opportuno non modificare la Legge 219/17 e procedere verso una formulazione di una legge ad hoc. MI permetto di ribadire che la Legge 219/17 va lasciata così com'è, perché ha obiettivi diversi rispetto all'aiuto medico a morire. Al contrario la Legge 219/17 va rafforzata nella sua diffusione e implementazione pratica per migliorare le attuali pratiche del consenso informato, pera attuare un efficace sollievo dalle sofferenze, per cominciare ad attuare la PCC in tutti i percorsi della cronicità e per potenziare le DAT.

Per concludere mi preme sottolineare l'importanza della PCC in una Medicina che sta sviluppando sempre maggiori conoscenze e sta acquisendo sempre più poteri di intervento sulla vita biologica grazie alla crescita esponenziale della tecnologia. In tale scenario la PCC si sta stagliando come lo strumento principale per gestire la cronicità avanzata e la terminalità; in particolare, la PCC deve diventare la chiave di volta di una gestione clinicamente appropriata ed eticamente, oltre che deontologicamente e giuridicamente, lecita dei percorsi decisionali alla fine della vita. La PCC nei percorsi di malattia e le DAT e per le persone sane sono la via principale per evitare che una medicina così potente nei suoi poteri di intervento si rivolti contro il "bene" dei singoli individui. Vi sono infatti alternative terapeutiche o esiti di malattia che ciascuno di noi non desidererebbe per sé se fosse, rispettivamente, dentro un percorso di malattia cronica (es. SLA o demenza) o dentro un evento acuto catastrofico (lesioni cerebrali devastanti). In entrambi i casi solo una manifestazione di volontà anticipate (PCC o DAT) può prevenire che la persona finisca per trovarsi in una situazione creata dalla Medicina ma non voluta dalla persona stessa. Questo è un pensiero che ogni professionista sanitario dovrebbe costantemente porsi quando opera scelte sulla vita biologica e biografica della persona malata.

Grazie per l'attenzione.

LA CURA E L'ASSISTENZA NEL FINE VITA: GLI ASPETTI MEDICI QUOTIDIANI

Fulvio Borromei - Componente Comitato Centrale Fnomceo

Alcuni aspetti che ritroviamo nelle cure palliative, come:

- Alleviare il dolore
- Comprendere i bisogni
- Proporzionare le cure
- Decodificare

ci permettono di individuare la portata etica di questo approccio alla fragilità e quindi questo approccio si applica a tutta la cronicità ed al fine vita (legge 38/2010).

Partendo dal concetto che ogni malato ha la sua storia personale, specifiche relazioni e cultura, è individuo unico, potremo veramente realizzare il prenderci cura.

Per prendersi cura del pz cronico, dell'uomo sofferente, del pz terminale, della sua famiglia è necessario aver sviluppato quella sensibilità e vicinanza umana che associata alla professionalità del medico e della intera equipe determinano l'estrinsecarsi di un insieme di proprietà attitudinali dalle quali nasce un vero rapporto empatico.

Quindi la filosofia delle cure palliative porta inevitabilmente ad una **rinascita,** non solo professionale ma anche civile (a mio avviso), perché avvicina gli uomini, avvicina le persone.

Tutto ciò riconduce i rapporti umani in quell'alveo di equilibrio, di pacatezza, di accoglienza che fa sentire tutti parte di questa comunità. Quindi CREA COMUNITA'.

Per la medicina è l'occasione di riscoprire la sua missione, di ritrovare quel **filo Rosso** che porta alla persona vista in modo olistico, vista nella sua interezza.

Questo cammino può portarci alla **Pace, quella vera, quella interiore, quella che ci fa comprendere l'altro** (non quella ostentata e mai concretizzata)

Ci dobbiamo rendere conto che ogni nostra azione professionale di medici e delle altre professioni sanitarie, incide fortemente (per il suo insito valore) su tutta la società civile.

Il nostro **comportamento etico produce anche stabilità sociale**, è questo a mio avviso (e non solo) un elemento della nostra **rivoluzione etica.**

Tutto ciò a mio avviso caratterizza l'alveo in cui si realizza e concretizza **l'argine** che vorremmo costruire al relativismo etico, professionale e culturale.

Francesco Bacone 1623 filosofo inglese del XVII secolo:

«Sedare dolorem» cioè alleviare la sofferenza del malato non è soltanto un dovere subordinato o connesso al dovere di sanare e quindi di rimuovere la malattia, ma un dovere di AUTONOMA RILEVANZA, in particolare nei confronti di quei malati che non rispondono più alle cure causali per ottenerne la guarigione ma che sono terminali.

Con ciò Bacone evidenziava l'insufficienza di una medicina circoscritta ai soli atti funzionali alla conservazione della vita e solo indirettamente al miglioramento del benessere soggettivo e quindi alla qualità della vita.

Condannava l'atteggiamento dei medici che rinunciavano a qualunque intervento terapeutico nei confronti del malato che non può guarire lasciandolo nella solitudine.

Certamente in quel tempo la medicina non aveva gli strumenti tecnologici e farmacologici per intervenire adeguatamente sul dolore e sulle malattie.

Anche la medicina moderna in una sua certa fase vede il malato che muore come una propria sconfitta approcciandosi a questo in due modi diversi:

- non far nulla
- far troppo

però nella direzione sbagliata, determinando così nel primo caso l'abbandono e nel secondo oggetto di interventi volti a prolungare ad ogni costo la vita non migliorandone la qualità.

Ciò è avvenuto perché si riteneva che il prolungamento della vita fosse il bene supremo senza curarsi della qualità della stessa.

La sfida della medicina palliativa sta nella possibilità ora di sollevare i malati dal dolore e del prendersi cura dell'interezza dell'essere umano e quindi dei suoi disagi

e della sua sofferenza psicologica.
Prende corpo il concetto di qualità di vita e compare nella scena IL MALATO che ne diventa il protagonista.
Quindi le cure palliative configurano l'alternativa **all'accanimento terapeutico** e rappresentano anche l'alternativa all'**eutanasia.**
Argomento di importante rilevanza Etica e Deontologica per i medici ma anche per le altre professioni sanitarie.
Di grande rilevanza per ogni uomo.
È necessario a mio avviso un nuovo **grande patto** tra il medico ed il cittadino, per recuperare quella fiducia reciproca che permette il PRENDERSI CURA della persona malata.
Dobbiamo riscoprire quei sentimenti EMPATICI che soli possono rendere UNICO questo rapporto
Le CURE PALLIATIVE a mio avviso ne rappresentano la SUMMA, IL PUNTO più ALTO.
Il medico deve sempre riflettere sulla **appropriatezza nell'assistenza alle persone fragili**
Gli atti di cura verso i pz cronici sono complessi e difficilmente segmentabili
L'Etica connessa al dovere di curare deve avere la precedenza su qualsiasi altra considerazione.
Solo in questo modo si mantiene l'**originalità del rapporto con il singolo paziente.**
Solo la stretta vicinanza, direi quasi quel mescolamento umano fatto di mille sensazioni (compartecipazione, accettazione, accoglienza…) che si aggiungono alla competenza e professionalità del sanitario, permettono quell'incontro particolare tra MEDICO e MALATO
Vi sono parametri di **appropriatezza umana**, che seppur non descritti nei manuali, hanno un grande significato particolarmente nelle malattie croniche.
Questa appropriatezza non è in contrasto con quella formale, ma appartiene ad una medicina che oltre a basarsi su basi scientifiche e prove di evidenza, attinge ad **una medicina cosiddetta narrativa.**
Medicina Narrativa fondata su una comprensione del bisogno da parte del terapeuta come si presenta nel mondo reale e quindi diversa dalle formalizzazioni delle condizioni sperimentali.
Art 16 che tratta di procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati, recita:" Il Medico tenendo conto delle volontà espresse dal pz e dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia ed appropriatezza delle cure, non intraprende ne 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.
La TERAPIA senza la CURA è impersonale e fredda, questo deve spingere il medico a non scindere questi due momenti complementari affinchè l'intervento sia efficace.
Un punto strategico e fondamentale è quello dell'**etica dell'accompagnamento.**
Proteggere il malato terminale dalla consapevolezza della morte (**strategia del controllo).**
Spostare lo sforzo dal guarire al prendersi cura, dandogli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti, non proporre e/o interrompere trattamenti sproporzionati e orientarsi verso la cura dei sintomi e il sollievo dal dolore.
Un punto strategico fondamentale è quindi l'etica dell'accompagnamento.
Cerchiamo di alleviare il dolore, di praticare in maniera appropriata la sedazione, di comprendere i bisogni, di proporzionare le cure e di decodificare i messaggi.
Dalla mia esperienza ho potuto constatare che le cure proporzionate rappresentano oggi la risposta concreta all'eutanasia.
Sedare il dolore costituisce un obbligo fondamentale.
Cercare la terapia ottimale con i minori effetti collaterali possibili.
Ricorrere alla sedazione profonda solo quando non esiste altra alternativa.

Sedazione primaria: riduce intenzionalmente la coscienza del pz con benzodiazepine o neurolettici.
Sedazione secondaria: è quella sonnolenza che si induce con gli oppiacei per il controllo di altri sintomi come il dolore.
Sedazione continua: è quella che riduce la coscienza del pz fino alla morte.
Sedazione intermittente: il pz nella fase di vigilanza può comunicare con chi lo assiste.
Sedazione profonda: provoca la perdita della coscienza.
Sedazione leggera: è di un livello che permette la comunicazione.

SINTOMO REFRATTARIO: lo si riconosce quando una terapia corretta al riguardo, non è più in grado di controllarlo, senza compromettere la coscienza.
DD con SINTOMO DIFFICILE che è quello che potrebbe rispondere ad altri trattamenti
DECIDERE DI SEDARE
Coninvolgere:
Il malato
La famiglia
Spiegare che il sintomo refrattario non è più controllabile con la terapia in atto e che quindi è necessario alterare lo stato di coscienza.
La sedazione profonda si giustifica essendo l'unica possibilità per alleviare la sofferenza in un tempo accettabile.

Comprendere i bisogni
Il bisogno della verità è non tanto della malattia, quanto invece della prognosi, affinchè il malato possa esercitare il principio della **autodeterminazione.**
Valutare i tempi del **dire**, venire alla sua verità. La verità è semmai un punto di arrivo, mai di partenza.

Cure proporzionate
Queste rappresentano oggi la concreta risposta alla strategia eutanasica. Non è etico rincorrere singoli risultati parziali a scapito del bene globale del malato. Le cure sono proporzionate quando sottendono a questo concetto.
Esiste oggi nella nostra società una necessità inderogabile: essere insieme con le nostre esperienze e competenze per raggiungere l'obbiettivo sommo di far sì che ogni paziente che abbisogni di queste cure ne possa usufruire.
Nelle Cure Palliative è fondamentale una corretta rapportualità sia tra medici che tra le altre componenti professionali della équipe: infermiere, psicologo, oss, specialista; infatti in questo specifico campo l'armonia del gruppo rappresenta il punto di forza per il raggiungimento degli obbiettivi di salute che in questo caso sono rappresentati DAL PRENDERSI CURA.
Quindi la professione Medica, le altre professioni sanitarie e la Società civile tutta, hanno una grande opportunità per attuare quella rivoluzione etica senza la quale la nostra comunità non potrà pensare ad un futuro di vita degno dell'umanità.

BIBLIOGRAFIA:
- Le cure palliative in MG M. Cancian P. Lora Aprile
- Rapporto sanità 2004 (Falcinelli, Trabucchi, Manara)
- Manuale di medicina Palliativa (Regnard, Tempest)

CONSIDERAZIONI FINALI

Presidente Anelli

Sì, allora, credo che si possano motivare alcune conclusioni. Innanzitutto devo dire che la Legge 219 contiene una parte importante del Codice di Deontologia Medica tuttora vigente. Anche lì, forse le perplessità che sono erano nate sempre da questa idea di un uso quasi strumentale del medico, ma sui concetti ci siamo. Cioè credo che la trasfusione nella legge del consenso informato così com'è nel Codice, così come anche le clausole di garanzia nei confronti dei medici sono state praticamente, sostanzialmente non riportate dal Codice all'interno della Legge. Siamo preoccupati naturalmente di una burocratizzazione del sistema, cioè nel senso che invece di avere un sistema che insegna ai medici a fare questo, diventi poi un'iperattività di carattere burocratico che svuoti in qualche maniera il significato stesso delle norme. Questa è un po› la preoccupazione per alcuni aspetti di carattere burocratico, di burocratizzazione inserito all'interno della Legge.

Sul suicidio, invece, per il dibattito di oggi ringrazio veramente tutti i relatori. È stato di altissimo livello e di grandissimo interesse; credo che si possa dire in maniera generalizzata, no, che il medico vuole continuare a risolvere il problema della sofferenza. Questo è un tema, credo, che accomuna tutti e che tiene in linea tutta una tradizione sinora svolta fino a oggi. È chiaro che apre delle prospettive: nel senso che il suicidio assistito è un'opzione di una minoranza dei cittadini e accolta come diritto dalla Corte Costituzionale, cioè come possibilità di poterlo utilizzare con una serie di paletti opportuni. Però questo è espressione di un grande Paese civile, che se tutela le minoranze delle minoranze, credo che sia espressione di un grande Paese civile che riesce a fare tutto questo. È chiaro che qui vanno salvaguardate tutte le sensibilità; e questa società può essere una grande società se le varie sensibilità riescono a convivere e questo è il quadro entro cui ci dovremo muovere e che sono i diritti costituzionalmente definiti e riconosciuti da tutta la comunità civile.

Il medico. In realtà quello su cui noi vorremmo riflettere non è tanto il diritto che è stato anche espresso alla Corte, quanto il ruolo alla professione, perché questo del tema oggi che interessa molto la Federazione, ovviamente qui la Consulta, perché si tratta ora di, come dire, adeguare quello che la Corte dice con la realtà e l'espressione della professione, senza che questo significhi tradire una tradizione che è presente da millenni e cambiare il paradigma. Non so se è come dice il mio amico Antonio Panti che dice, è arrivato il momento di cambiare, cioè nel senso che il medico può fare anche questo. Io continuo ad avere molti dubbi su questo; continuo ad avere molti dubbi su questo, perché, come dire, cambiare un paradigma, cioè un modo di essere, significa modificare la professione. Non significa modificarla oggi, significa modificarla anche domani e quindi modificare profondamente anche il rapporto con i cittadini. Per questo all'inizio vi dicevo forse la professione non è proprio pronta a questo cambiamento e questo crea un problema oggi. Perché oggi? Perché oggi noi siamo chiamati a dare una risposta.

Le norme deontologiche. Io non cambierei l'articolo 17 del Codice, che costituisce un divieto a porre in atto provvedimenti che provocano o favoriscono la morte. Lo dico, come dire, in maniera molto, così, libera, perché questo dibattito è aperto all'interno della Federazione. Non lo cambierei perché oggi credo che il compito del medico sia quello ancora di allungare la vita alla gente, per cui esiste il problema di cui oggi, chi ha usato prima stamattina proprio la gabbia da cui uno vorrebbe uscire, non mi ricordo quale relatore l'abbia detto, la sofferenza talvolta considera il corpo come una prigione da cui uno vuole uscire e non c'è dubbio, voglio dire, Canestrati l'ha detto, sì Canestrati e dico non c'è dubbio che questo viene percepito anche da chi, anche se una minoranza del Paese, vuole fare questa cosa, ma è compito del medico farlo? Esiste la possibilità di conciliare nel Diritto oramai riconosciuto dalla Corte il fatto che il medico continui a fare quello che ha sempre fatto nell'applicazione di questo diritto al suicidio, che sostanzialmente viene riconosciuto e che determinerà un'organizzazione, un meccanismo di applicazione. Il medico deve necessariamente essere il medico a farlo o potrà essere chiunque il malato desideri che lo faccia purché non sia un medico nell'esercizio delle sue funzioni? Ecco io penso che ci possa essere una strada che tuteli da una parte la professione e consenta al cittadino di poter ottenere quello che la Corte oggi ha riconosciuto. Anche qui, io credo che il diritto, il Presidente Muzzetto l'ha posto questo argomento come è stato oggi trattato, non è stato ampiamente trattato, però c'è un problema della Deontologia. La legge riconosce alle professioni il diritto di scegliere quali sono i principi a cui ispirarsi e questo credo che sia un passaggio rilevante della Legge e io, come dire, devo ringraziare ancora una volta Guido Bianco, che si è impegnato molto su questo all'interno del Parlamento per realizzare questo obiettivo, credo che questo dà una forza notevole alla discussione di cultura deontologica all'interno del nostro Paese, ma consente anche ai professionisti di scegliere liberamente quali sono i paletti da mettere per esercitare la loro professione. Ora qui rimane la cornice, ovviamente non è che possiamo inventare cose completamente diverse. Rimane la cornice della Costituzione entro cui stare, i Diritti Costituzionali entro cui stare.

Il mio auspicio, ecco, è questo: che nell'andare avanti nei lavori, noi affideremo tra qualche giorno alla Consulta Deontologica il compito di elaborare un documento che possa essere poi portato in Consiglio Nazionale per la discussione su questo tema. Io mi auguro, ecco, che si concilino sia le esigenze dei cittadini e sia le esigenze dell'essere medico. Noi continueremo nel dialogo. Abbiamo un incontro con l'Associazione Coscioni per discutere anche di queste cose. Credo che dobbiamo anche qui fare uno sforzo, essendo noi anche enti sussidiari dello Stato, ma credo tutti anche nell'interesse generale di superare le divisioni di carattere ideologico,

cioè dovremmo provare, ecco, anche qui a diventare un po› più maturi come cittadini, superando le appartenenze e guardando sempre di più nell'interesse generale del Paese, sapendo che, se facciamo questo, probabilmente riusciamo anche a dare ai giovani una speranza, ma soprattutto anche una guida per crescere in un futuro in cui la pace, la convivenza, la diversità non siano, la diversità non sia riconosciuta come scontro, ma come ricchezza della stessa società. Grazie.

CONCLUSIONI

Pierantonio Muzzetto

A me l'onore e l'onere di chiudere il convegno.

Un Convegno a più voci che ha permesso di avere una visione ampia del problema del suicidio assistito e sul valore del medico in tutta la vicenda del fine vita, con accenno alla necessità di esprimere i valori della professione che è considerata "alta", ovvero della vicinanza, della comprensione, della competenza e dell'essere medici dal primo all'ultimo momento della vita.

Definirei il convegno, come il Convegno della dignità e dei valori. Ma anche il rafforzamento dell'idea che non si può essere allo stesso tempo medici e fautori della morte anche dove si parla di "pietas", piuttosto si è artefici di una limitazione fattiva delle sofferenze espressa con la perizia del medico che cura e con la vicinanza di chi comprende e aiuta.

Svolgendo fino all'ultimo la funzione di conoscitore dell'animo umano e delle umane debolezze, nella fase di ultimazione del cammino della vita, di fronte ad una fine ineludibile, nel valorizzare quella religio hominis che è in sé valore religioso e laico del rispetto della persona umana.

Ancor più laddove si consideri il valore della vita e della morte e si comprendano i valori morali e sociali atti a non legittimare deviazioni verso una terribile deriva verso l'eutanasia. Memori, in questo, del pendio scivoloso che portò agli inizi del secolo scorso a teorizzare sulla scorta di teorie partite dall'eugenetica in terra americana, a quelle del giurista Binding e dello psichiatra Hoche che sono sfociate in una politica razziale e all'applicazione dell'eutanasia preventiva dei "pesi" della società, ossia di quelle figure umane considerate non confacenti alla politica del benessere della razza. Un pendio scivoloso che non si vuole ricordato nell'ordinanza della Corte e in quella che si presume potrà essere la sentenza definitiva che si ha notizia verrà depositata fra non molto tempo.

Dopo queste brevi considerazioni che sono l'ultimo atto della parte scientifica e morale del Convegno vado a chiuderlo ufficialmente. Non posso non farlo senza ringraziare tutti coloro che vi hanno contribuito.

È intuitivo e chiaro che questo convegno è stato possibile per più fattori. Il primo è dato dai relatori e dalla qualità delle loro relazioni; dalla capacità di farsi comprendere in maniera evidente, anche su temi che per noi medici a volte sono ostici, come quelli del diritto, ma anche talvolta quelli della filosofia, dando lustro a questa città e alla Consulta.

Quindi un grazie prima di tutto a chi ha consentito che questo avvenisse, quindi la Federazione, che ha voluto continuare a sviluppare il tema proprio nella nostra città. Parma infatti era stato il primo Ordine a organizzare un convegno sul tema, un anno e mezzo fa.

Un grazie anche a chi ha collaborato: sicuramente il Centro di Bioetica Universitario con cui ci sono intensi e importanti rapporti collaborativi. Devo ringraziare poi il mio Consiglio, che prima di tutto mi ha dato la possibilità di mettermi a disposizione della Federazione in qualità di coordinatore della Consulta deontologica nazionale e, in secondo luogo, perché ha contribuito a far sì che questo evento fosse di un certo valore, per coloro che hanno partecipato e per quanto è stato detto.

Un grazie anche ai giovano studenti che ci hanno seguito per tutta la giornata dall'Università in streaming: è stata forse la prima iniziativa fatta in questo senso e credo che anche in questo siamo stati antesignani nella didattica, con l'auspicio che ci siano altre occasioni similari.

Un grazie a voi, che siete rimasti fino adesso presenti ad ascoltarci e spero che andiate a casa con qualcosa in più e con il messaggio che i medici vogliono trovare una soluzione e non vogliono assolutamente dividersi. Credo che questo sia un bel segnale, tanto quanto la capacità e il coraggio di ascoltarci indipendentemente da come la si pensi individualmente.

Grazie ancora e grazie.

Dental Clinic

POLIAMBULATORIO
DALLA ROSA PRATI

Dental Clinic: la **qualità** di **sempre ora** anche nelle **cure dentali**

Il Poliambulatorio **Dalla Rosa Prati** aggiunge un utile servizio per essere sempre vicino alle esigenze dei propri pazienti, impiegando la medesima **qualità e dedizione di sempre: Dental Clinic** mette a disposizione staff di **specialisti**, **tecnologie** di ultima generazione e **soluzioni su misura** per ogni necessità:

- Pedodonzia
- Igiene ed Estetica Dentale
- Ortodonzia
- Chirurgia ed Implantologia
- Conservativa
- Parodontologia
- Endodonzia
- Protesi fissa e mobile

Check-up Completo senza impegno

Medici altamente Specializzati

Strumentazione all'avanguardia

Sorrisi Garantiti

Via Emilia Ovest 10, Parma | +39 **0521.298188** | odontoiatria@dallarosaprati.it

Autorizzazione Parma 05/09/2008 Prot. 156432 Clas. X/1/1.6/76 Rep. 63/2008 - Dir. San. Dott. Maurizio Falzoi - Resp. Odontoiatrico Dott. Stefano Rizzi

Dalle spondiloatriti sieronegative alla bocca nella patologia di confine

Focus ai Martedì dell'Ordine
La stagione formativa organizzata dall'Omceo di Parma continua a proporre temi di grande attualità, in un'ottica di aggiornamento per medici chirurghi e odontoiatri.

di Antonella Del Gesso

Le spondiloatriti sieronegative

Attese formative del MMG
Giuseppe Ercolini Medico di Medicina Generale, Sala Baganza
Introduzione
Flavio Mozzani Responsabile della Struttura Semplice di Medicina Interna e Reumatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Artrite Psoriasica
Daniele Santilli Medico Dirigente U.O. Medicina Interna e Reumatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Spondilite Anchilosante
Alarico Ariani Medico Dirigente U.O. Medicina Interna e Reumatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Enteroartriti
Gianluca Lucchini Medico Dirigente U.O. Medicina Interna e Reumatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Le spondiloartriti o spondiloentesoartriti sieronegative (SpA) rappresentano un gruppo di malattie infiammatorie articolari a decorso cronico che hanno in comune molteplici aspetti epidemiologici, patogenetici, clinici e radiologici.
Il termine spondiloentesoartrite sottolinea i 3 aspetti principali che caratterizzano queste affezioni, quali:
1. Interessamento del rachide.
2. Interessamento delle entesi.
3. Interessamento delle articolazioni periferiche.

La prevalenza delle SpA varia a seconda delle popolazioni studiate dallo 0.2% all'1.9%: risultano maggiormente colpiti i soggetti di sesso maschile con un'età d'esordio compresa tra la seconda e la terza decade di vita.
Le SpA sono malattie severe per le loro ripercussioni sulla funzionalità, qualità della vita e vita professionale, andando a provocare quindi tra l'altro costi economici diretti e indiretti importanti.
Dal 10 al 30% dei pazienti perde il proprio lavoro come conseguenza della malattia e il 10% viene messo in pensione anticipatamente e anche il numero di giorni di assenza dal lavoro è direttamente correlato con l'attività di malattia.
Un recente studio svolto in Germania ha calcolato che il totale dei costi annuali diretti e indiretti indotti da una SpA si aggira intorno ai 15.000 euro.
L'intervallo di tempo fra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi di spondiloartrite varia da 5 anni a 8 anni e mezzo.
La presa in carico del paziente con SpA se sarà la più precoce e la più finalizzata possibile non potrà che migliorare la qualità della vita del paziente giovane e socialmente attivo.
Si potrà quindi sperare in una diminuzione delle conseguenze socio-economiche e la possibilità di stoppare l'evoluzione verso l'anchilosi.

La radioprotezione

Saluto del Presidente Cao Parma
Angelo Di Mola
Giovanni Bergamaschi
Consulente tecnico, esperto qualificato in Radioprotezione, responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP) OMCeO Parma.

Il "martedì" ha avuto valore di corso ai sensi dell'art. 7 comma 8 D.Lgs 187/2000 "Il personale che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica deve seguire corsi di formazione con periodicità quinquennale; nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e' previsto un programma in materia di radioprotezione".

Tra gli argomenti trattati:

Le radiazioni ionizzanti
Fisica delle radiazioni
Grandezze dosimetriche
Interazione con la materia e con i tessuti biologici

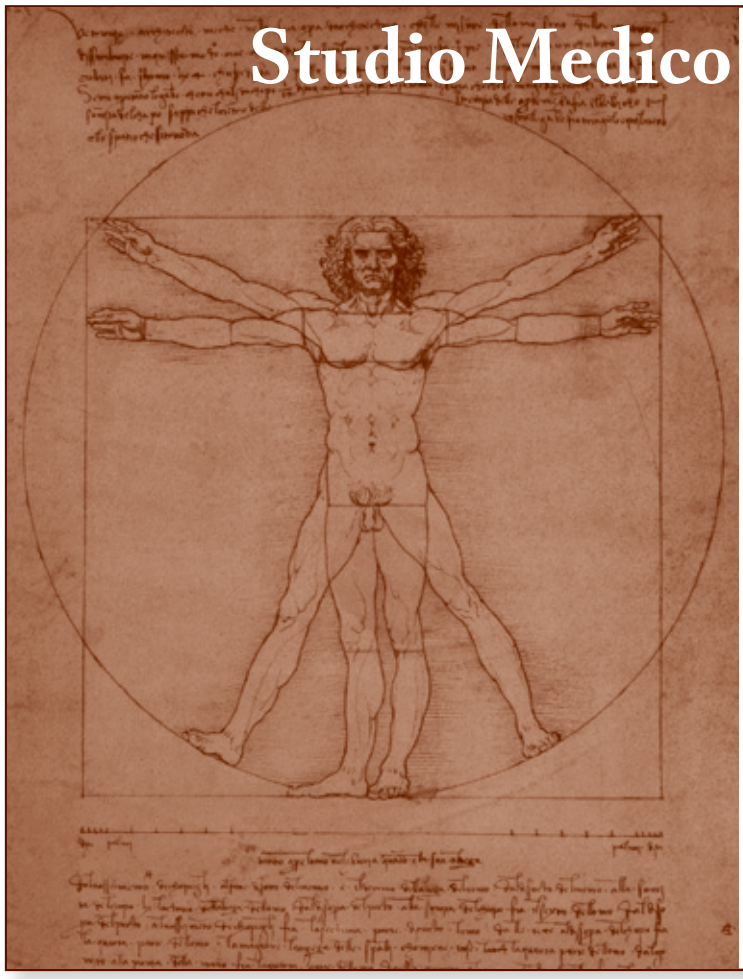
La radioprotezione
Principi cardine: giustificazione ed ottimizzazione
Tipologie di irradiazione e rischi collegati
Valutazione e riduzione delle dosi
Dispositivi di protezione
Gravidanza e indagini radiologiche

Normativa in radioprotezione
La protezione dei lavoratori: il D.Lgs. 230/95,
La protezione dei pazienti: il D. Lgs. 187/00
La nuova normativa in materia di Radioprotezione Direttiva Euratom 2013/59
Le procedure di acquisizione e detenzione delle apparecchiature radiologiche
Appropriatezza, informazione e consenso informato in radiodiagnostica

Radiodiagnostica odontoiatrica
Radiologia tradizionale e digitale
Apparecchiature RX odontoiatriche (endorale, OPT, TC, CBCT)
Caratteristiche, funzionamento, vantaggi e limiti
Grandezze dosimetriche da fornire al paziente
Dosaggi specifici e cautele cliniche
Archiviazione dell'immagine radiologica e conservazione

Aggiornamenti in Chirurgia Generale d'Urgenza tra linee guida e buona pratica clinica

Attese formative del MMG
Daniele Cattani Medico di Medicina Generale, Corniglio
Il politrauma: trauma splenico, epatico e pelvico
Nicola Pietra Medico Dirigente U.O. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Parete Addominale: laparoceli ed ernie complicate
Gennaro Perrone Medico Dirigente U.O. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Tubo Gastroenterico: occlusioni e peritoniti
Fausto Catena Direttore U.O. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Colecisti, vie biliari e pancreas: colecistiti e pancreatiti
Giorgio Rossi Medico Dirigente U.O. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma



Studio Medico di Scienza dell'Alimentazione
Via Rasori, 5 - Parma

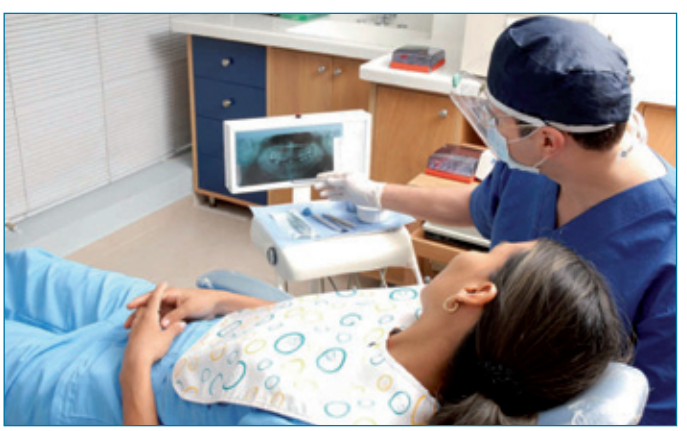
Dott. Federico Cioni
Specialista in:
- Scienza dell'Alimentazione
- Medicina Interna

Tel. 0521.294723
Cell. 335.7623853

E-mail: info@dottfedericocioni.it
Web: www.dottfedericocioni.it

Spaccato delle linee guida inerenti la chirurgia d'Urgenza e il trauma. Negli ultimi 20 anni gli approcci diagnostici terapeutici sono cambiati e comprende nuovi percorsi condivisi.
Molti interventi chirurgici magari non sono più necessari o sono effettuati con tecniche diverse rispetto al passato.
Ad esempio se 10 anni fa, a fronte di un trauma la milza veniva interamente cavata adesso si cerca di preservarla.
Il trauma center di Parma è all'avanguardia ed è un hub di riferimento per tutto il territorio provinciale e dell'Emilia Nord.
Negli ultimi anni c'è stato un boom tecnologico e il 90% degli interventi avvengono in chirurgia mininvasiva, il che comporta minore dolore al paziente e più veloci tempi di ripresa lavorativa e recupero funzionale.
Recentemente il Maggiore di Parma si è dotato di un robot all'avanguardia comandato da una consolle per interventi mininvasivi, uno strumento trasversale che ottimizza tempi e risorse.
Il sistema robotico da Vinci infatti consente al chirurgo, seduto ad una console di manovrare a distanza quattro bracci robotici che migliorano i gesti umani garantendo una visione 3D e immersiva del campo operatorio, con la possibilità di raggiungere aree anatomiche difficili.

La bocca nella patologia di confine



Saluto del Presidente
Pierantonio Muzzetto
Relatore
Edoardo Bernkopf Medico Chirurgo specialista in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Argomento: Rapporti fra Odontoiatria, ORL, Pneumologia, Neurologia, Pediatria
Nella patogenesi di alcuni quadri clinici di interesse pediatrico, otorinolaringoiatrico, neurologico, viene spesso sottovalutata la componente strutturale, cioè la tipologia scheletrica e posturale del singolo paziente, parte integrante di quell'organismo che "accoglie" la malattia, la quale, senza un terreno predisposto e facilitante, spesso non sarebbe in grado di manifestarsi clinicamente.
Molte malocclusioni dentarie, attraverso la malposizione mandibolare che comportano e i conseguenti aggiustamenti posturali di compenso, possono contribuire all'insorgenza di cefalee, di problemi alla colonna, di sindromi vertiginose, di patologie dell'Orecchio, di disturbi respiratori.
Il mancato inquadramento interdisciplinare e soprattutto strutturale (e occlusale in particolare), finisce spesso per classificare questi quadri come patologie primarie di pertinenza specialistica, con la conseguente attuazione di terapie specifiche che, non rimuovendo un'importante concausa della patologia che intendono trattare, spesso non ottengono apprezzabili risultati, o li ottengono solo momentaneamente o con un più alto prezzo biologico. L'instaurarsi in età adulta di un disturbo Cranio-Mandibolo – Vertebrale conclamato costituisce spesso l'evoluzione di un quadro già riconoscibile anche anni e addirittura decenni prima : il trattamento precoce, in questi casi, costituisce anche una valida prevenzione di evoluzioni sfavorevoli, che comporterebbero un maggior costo biologico (l'Apnea nel Sonno, in particolare per i suoi riflessi cardiocircolatori può rivelarsi addirittura patologia mortale) ed un maggiore dispendio economico sia per il Paziente che per il Sistema Nazionale.
Va inoltre sottolineato che il trattamento per via occlusale può rivolgersi anche precocemente a pazientini di 2 anni e mezzo-3, in pieno picco OSAS e OMAR, ad un 'età in cui anche l'approccio chirurgico, semprechè indicato e comunque di maggior impatto biologico, tende ad essere procrastinato.
Questa visione, che rilancia il ruolo dell'occlusione in molte patologie "di confine", può entrare talvolta in conflitto con gli abituali trattamenti specialistici, per cui è necessario precisare le esigenze le indicazioni di un approccio interdisciplinare.

I NOSTRI LUTTI

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

Partecipa con profondo cordoglio al lutto dei familiari per la scomparsa dei colleghi:

Dellapina Pier Giuseppe
Di anni 78
Deceduto il 17 ottobre 2019

Zollino Angela
Di anni 54
Deceduta il 07/11/2019

Buzzi Federico
Di anni 55
Deceduto il 12/11/2019

Andreozzi Marco
Di anni 65
Deceduto il 19/11/2019

Raballo Giancarlo
Di anni 85
Deceduto il 11/12/2019

Cuneo Margherita
Di anni 43
Deceduta il 12/12/2019

Sola maria Cristina
Di anni 63
Deceduta il 01/01/2020

Tagliavini Sergio
Di anni 78
Deceduto il 14/01/2020

Mergoni Antonio
Di anni 102
Deceduto il 20/01/2020

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir. San. Dott. Luigi Lagnerini, Specialista in Ortopedia
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacdp.it

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO MEDICO

MEDICINA INTERNA 1
Dott. Massimo Moine
Dott. Shpetim Baci
Dott. Luigi Migliore
Dott.ssa M. Vittoria Valdré

MEDICINA INTERNA 2
Prof. Achille Guariglia
Dott.ssa Chiara Cattabiani
Dott. Roberto Giacosa

MEDICINA AD INDIRIZZO CARDIOLOGICO
Dott. Dimitri Linardis

MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO GERIATRICO-DEGENERATIVO
Dott. Roberto Maione
Dott. Paolo Ghizzoni
Dott. Mariano Rossi

LUNGODEGENZA
Dott. Roberto Giacosa

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

CHIRURGIA GENERALE
Dott. Marco Bertolani
Dott. Leonardo Bianchi
Dott. Paolo Bocchi
Dott. Stefano Cariani
Dott. Stefano Cecchini
Dott. Paolo Detullio
Dott. Emilio Falco
Dott. Carlo Andrea Ferrari
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Innocente Fioriti
Dott. Pietro Iacconi
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Gabriele Massaia Lamberti
Dott. Costantino Medici
Dott. Marzio Montanari
Prof. Rocco Paolucci
Dott. Claudio Giuseppe Pecis
Dott. Vincenzo Pezza
Dott. Pierluigi Piccolo
Dott. Angelo Michele Schettino
Prof. Ugo Ugolotti
Dott. Francesco Zini

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Guido Bacchi
Dott. Luca Banchini
Dott. Giorgio Bortesi
Prof. Teore Ferri
Dott. Francesco Iovane
Dott. Massimo Magnani
Prof. Giuseppe Mercante
Dott.ssa Concetta Niccoli
Dott. Stefano Ponzi
Dott. Paolo Vignali
Dott. Valerio Vighi

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Alessandro Gnocchi
Dott. Corrado Contini

MAXILLO - FACCIALE
Dott. Stefano Spaggiari

CHIRURGIA PLASTICA
Dott. Cesare Azzolini
Dott. Giovanni Bianco
Dott. Paolo Costa
Dott. Carlo Alberto Ferrarini

UROLOGIA
Dott. Marco Alessandrini
Dott. Carlo Cantoni
Dott. Andrea Loreto
Dott.ssa Marta Simonazzi

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

OSTETRICIA GINECOLOGIA
Dott. Cosimo Barletta
Dott. Sergio Basile
Dott. Roberto Benatti
Dott. Claudio Bertoli
Dott. Arturo Bianchini
Dott. Vittorino Calestani
Dott. Giovanni Elena
Dott.ssa Antonella Nani
Dott.ssa Maurella Vaccà

PROGETTO CHIRURGIA MININVASIVA GINECOLOGICA ED ONCOLOGICA
Prof. Bruno Andrei
Dott. Cosimo Basile
Dott. Gianluca Benassi

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

ORTOPEDIA
Dott. Paolo Adravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Luigi Belledi
Dott. Giuseppe Calafiore
Dott. Francesco Caravaggio
Dott. Massimo Cattani
Dott. Giancarlo Coari
Dott. Maurizio Corradi
Dott. Carlo Felice De Biase
Dott. Lorenzo Filippone
Dott. Pio De Pasquali
Dott. Francesco Dini
Dott. Marcello Marcialis
Dott. Sandro Reverberi
Dott.ssa Antonia Russomando
Dott. Tariel Tcherkes-Zade
Dott. Alessandro Tripodo
Dott. Andrea Tecame
Dott. Giovanni Ziveri

CHIRURGIA COLONNA VERTEBRALE
Dott. Giovanni Casero
Dott. Ciro Miranda
Dott. Gian Paolo Paini

MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA SPINALE
Dott. Andrea Fontanella

OCULISTICA
Dott. Roberto Carnevali
Dott. Renzo Carpi
Dott. Fabrizio Neri

SERVIZI AMBULATORIALI

ALLERGOLOGIA - IMMUNOLOGIA
Prof. Pier Paolo Dall'Aglio

ANDROLOGIA
Dott. Marco Alessandrini
Dott. Andrea Loreto

ANGIOLOGIA - CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Paolo Detullio
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Claudio Giuseppe Pecis

CARDIOLOGIA
Dott. Dimitri Linardis
Dott. Dimitri Tsialtas

CHIRURGIA GENERALE
Dott. Marco Bertolani
Dott. Paolo Bocchi
Dott. Stefano Cariani
Dott. Stefano Cecchini
Dott. Paolo Detullio
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Costantino Medici
Dott. Vincenzo Pezza

CHIRURGIA BARIATRICA
Dott. Stefano Cariani
Dott. Stefano Cecchini
Dott. Paolo Detullio
Dott. Angelo Michele Schettino

SENOLOGIA
Dott. Marzio Montanari
Prof. Rocco Paolucci
Dott. Pierluigi Piccolo

CHIRURGIA PLASTICA
Dott. Giovanni Bianco

DERMATOLOGIA
Dott.ssa Carla Maria Costa
Dott.ssa Elisa Guareschi
Prof. Giuliano Manfredi
Dott.ssa Stefania Pizzigoni
Dott.ssa M. Emanuela Pretto

ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO
Prof. Leone Arsenio

ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DELLA TIROIDE
Dott.ssa Valentina Moretti

FISIATRIA
Dott. Alberto Ape

GASTROENTEROLOGIA
Dott. Corrado Contini
Dott. Alessandro Gnocchi

SERVIZI AMBULATORIALI

LOGOPEDIA
Dott.ssa Benedetta Ortalli

BIOLOGO-NUTRIZIONISTA
Dott.ssa Vittoria Groppalli

DIETISTICA
Dott.ssa Francesca Solari

TERAPIA DEL DOLORE
Dott. Andrea Cornini

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Alessandro Gnocchi
Dott. Corrado Contini

GINECOLOGIA
Dott. Cosimo Basile
Dott. Roberto Benatti
Dott. Vittorio Calestani
Dott.ssa Beatrice Gualerzi
Dott.ssa Antonella Nani
Dott.ssa Antonella Padovani
Dott.ssa Maurella Vaccà

Ambulatorio ostetrico e del puerperio
Ostetriche della Città di Parma

LABORATORIO DI ANALISI
Dott.ssa Francesca Paganuzzi

MAXILLO - FACCIALE
Dott. Stefano Spaggiari

MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO E SPIROMETRIA
Prof. Angelo Cuomo

MEDICINA GENERALE
Dott. Shpetim Baci

MEDICINA INTERNA
Prof. Leone Arsenio (Diabetologia)
Dott. Gianni Italo Buticchi (Reumatologia)
Dott.ssa Chiara Cattabiani (Geriatria)
Dott. Roberto Giacosa
Prof. Achille Guariglia
Dott. Guido Pelosi (epatologia)

SERVIZI AMBULATORIALI

MOC
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Alberto Ape

NEFROLOGIA
Prof. Achille Guariglia

NEUROPSICHITRIA INFANTILE
Dott. Carlo Capone

NEUROCHIRURGIA
Dott. Giovanni Casero
Dott. Andrea Fontanella
Dott. Ciro Miranda
Prof. Gian Paolo Paini

NEUROLOGIA
Dott. Paolo Ghizzoni
Dott. Roberto Maione
Dott. Mariano Rossi

Elettroencefalografia
Dott. Roberto Maione

Elettromiografia e potenziali evocati
Dott. Mariano Rossi

PATOLOGIE DEL SONNO - RONCOLOGIA (Polisonnografia)
Dott.ssa Giulia Milioli (Neurologa)
Dott. Valerio Vighi (Orl)

PSICOLOGIA PSICOTERAPIA
Dott.ssa Lorenza Bicchieri
Dott. Alessandro Castelli

OCULISTICA
Dott. Roberto Carnevali
Dott. Giuseppe Cavallero
Dott.ssa Renata Vinciguerra
Dott. Vincenzo Zanaboni

ONCOLOGIA CLINICA
Dott. Vincenzo De Lisi

LITOTRISSIA ORTOPEDICA E LITOTRISSIA UROLOGICA
Dott. Alberto Ape

PODOLOGIA
Dott. Michele Avanzini

SERVIZI AMBULATORIALI

ORTOPEDIA
Dott. Paolo Adravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Giuseppe Calafiore
Dott. Massimo Cattani
Dott. Francesco Dini
Dott. Luigi Lagnerini
Dott. Stefano Nicoletti
Dott. Sandro Reverberi
Dott. Tariel Tcherkes-Zade
Dott. Andrea Tecame

Chirurgia della mano
Dott. Marcello Marcialis

Chirurgia del piede
Dott. Fabio De Palmi

Chirurgia della spalla
Dott. Carlo Felice De Biase
Dott. Giovanni Ziveri

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Giorgio Bortesi
Dott. Guido Bacchi
Prof. Teore Ferri
Prof. Giuseppe Mercante
Dott. Valerio Vighi
Dott. Paolo Vignali

RADIOLOGIA
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Raffaele Averna
Dott.ssa Benedetta Barboni
Dott. Roberto Fratta
Dott. Stefano Moine
Dott. Francesco Negri
Dott. Guido Squarcia
Dott. Claudio Tosi

Radiologia vascolare
Prof. Ugo Ugolotti

Ecografia con mezzo di contrasto
Dott. Roberto Giacosa

Radiologia interventistica (Termoablazione percutanea di neoplasie epatiche e renali)
Dott. Roberto Giacosa (Spec. Medicina Interna e Ecografia)
Dott. Guido Pelosi (Spec. Malattie infettive ed Ecografia)

UROLOGIA
Dott. Marco Alessandrini
Dott. Carlo Cantoni
Dott. Andrea Loreto
Dott.ssa Marta Simonazzi

NUMERI UTILI

CENTRALINO	0521.249611
UFFICIO PUBBLICHE RELAZIONI	0521.249689
DIREZIONE SANITARIA	0521.249788
UFFICIO ACCETTAZIONE	0521.249700
SEGRETERIA RADIOLOGIA	0521.249714
SEGRETERIA POLIAMBULATORIO	0521.249662
	0521.249729
SEGR. FISIOTERAPIA E FISIATRIA	0521.249674
SEGR. OCULISTICA - NEUROCHIRURGIA (Dott. Fontanella) - SENOLOGIA (Prof. Paolucci)	0521.249678

PRENOTAZIONI ON LINE www.clinicacdp.it

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir. San. Dott. Luigi Lagnerini, Specialista in Ortopedia
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacdp.it

SESSANT'ANNI 60 ANNIVERSARIO DELLA FONDAZIONE 1956 - 2016 PER LA SANITÀ VALPARMA HOSPITAL OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

• Medicina generale
• Riabilitazione e recupero funzionale
• Chirurgia generale e Day Surgery Multidisciplinare:

• Chirurgia Ortopedica • Oculistica • Vascolare
• Otorinolaringoiatrica • Urologica
• Plastica ricostruttiva ed estetica • Ginecologica

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
• Risonanza magnetica*
• Radiologia*
• Ecografia*
• Senologia clinica*

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA
• Rieducazione motoria*
• Kinesiterapia*
• Corsi di back school, Mc Kenzie
• Rieducazione posturale globale
• Ultrasuoni
• Magnetoterapia
• Ionoforesi
• Tens
• Infrarossi*
• Diadinamica
• Elettrostimoli*
• Trazioni
• Laserterapia
• U.V.
• Massaggi
• Tecar

RIABILITAZIONE IN ACQUA
• Idrokinesiterapia

POLIAMBULATORI
• Cardiologia*
• Chirurgia*
• Dermatologia
• Endocrinologia
• Endoscopia digestiva*
• Ginecologia*
• Fisiatria*
• Oculistica*
• Ortopedia*
• Otorinolaringoiatria*
• Pneumologia/allergologia
• Scienza dell'alimentazione
• Senologia clinica*
• Urologia*
• Podologia
• Reumatologia

LABORATORIO ANALISI
• Chimico-cliniche e microbiologiche
(sottoposto a verifiche di qualità)
in particolare si eseguono i seguenti profili:
• Tiroideo • Epatico • Cardiaco
• Renale • Coagulazione completa
(consegna dei referti urgenti in giornata)

* CONVENZIONATI S.S.N.

43013 Langhirano (Parma)
via XX Settembre, 22
www.valparmahospital.it
e-mail: info@valparmahospital.it

VALPARMA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
DIRETTORE SANITARIO Dott. Tullio Poli

PRENOTAZIONI 0521-8648