

AUDIZIONE FNOMCeO

PRESSO LE COMMISSIONI RIUNITE GIUSTIZIA E AFFARI SOCIALI

Camera dei Deputati

8 ottobre 2020

Proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia.

DOCUMENTO FNOMCeO

1

In relazione al mandato assegnato dalla FNOMCEO alla Consulta Nazionale Deontologica di dare risposta al quesito formulato dapprima nell'Ordinanza n.207/18 e poi rispondere alla sentenza 242/19 dalla Corte Costituzionale (di seguito Corte) sul "suicidio assistito", la Consulta Nazionale Deontologica della FNOMCeO (di seguito CND) ha espresso la propria posizione.

La CND riafferma i valori della medicina e del medico a tutela del cittadino ed è custode e garante della Deontologia medica espressa nel Codice di Deontologia Medica (di seguito CDM).

In merito alla questione del suicidio assistito ed al pronunciamento della **Corte**, dapprima attraverso l'Ordinanza 207/18 e successivamente con la sentenza 242/19, la CND si è attivata con riunioni tematiche e in plenaria per affrontare l'argomento.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

PREMESSA

La Federazione ritiene che le norme del CDM siano sempre alla base dell'agire medico e che debbano confrontarsi con il progresso scientifico, tecnologico e con le trasformazioni sociali.

L'entrata in vigore di nuove norme legislative necessita un confronto costante e un vaglio attentissimo, pur non implicando automatici cambiamenti della disciplina deontologica.

Il principio deontologico, infatti, costituisce la regola fondamentale e primaria che guida l'autonomia e la responsabilità del medico, alla quale egli deve ispirare il proprio comportamento in materia di scelte diagnostico-terapeutiche e, più in generale, di salute, rappresentando altresì una protezione del professionista e del paziente rispetto a impropri interventi del potere politico o di altri poteri.

Questo è il nucleo della connotazione d'autonomia che qualifica la disciplina deontologica, assoggettabile al sindacato giurisdizionale soltanto quando violi precetti costituzionali o principi generali dell'ordinamento, ovvero quando incida su oggetti estranei al campo deontologico.

2

LA MEDICINA DI FRONTE A DEONTOLOGIA E NORME LEGISLATIVE

Si devono riaffermare *i valori metastorici della medicina di difesa della dignità e della qualità della vita, della sedazione del dolore e del sollievo alla sofferenza sia fisica che psichica, del rispetto dell'autodeterminazione del paziente e della giustizia nell'uso delle risorse e nella lotta a ogni forma di discriminazione.*

Altresì è comune constatazione che questi valori sono vissuti in epoca di evoluzione della scienza e della tecnologia medica e influiscono sul processo del vivere, della cura e della salute quanto del morire, in considerazione del fatto che la stessa società trasforma la percezione sociale e individuale di aspetti come la morte.

La repulsa sociale rispetto al "dare la morte" si va sostituendo con una pari repulsa rispetto al diniego di una morte dignitosa e coerente con il concetto di vita che ognuno ha di sé.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Partendo da quanto espresso in premessa, le norme del CDM si confrontano continuamente con il progresso scientifico e tecnologico e con le trasformazioni sociali; altresì, l'emanazione di norme legislative innovative, pur necessitando di attentissimo vaglio, non implicano, in via automatica, variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte.

Un tale principio è conseguente *alla connotazione d'autonomia che contrassegna e qualifica la deontologia, in quanto disciplina riservata alla valutazione degli organi esponenziali della classe professionale e di conseguenza persino sottratta al sindacato giurisdizionale se non, soltanto, quando essa violi precetti costituzionali o comunque inderogabili, o principi generali dell'ordinamento, ovvero quando incida su oggetti estranei alla deontologia* (cfr. Cass., n. 5452/1999, e Consiglio di Stato, n. 122/1997).

La morte è un processo biologico complesso che vede coinvolto il medico e al di là degli obblighi medici nel post mortem, compreso l'aiuto all'elaborazione del lutto, è evidente deontologicamente che il compito clinico assistenziale del medico e anche i suoi doveri professionali si estendano a tutto il processo del morire.

3

Il medico non può esimersi dagli interventi necessari al fine, coll'offrire supporto alla resilienza del paziente e dei suoi familiari, manifestando attenzione al coping, o strategia di adattamento, ed alla spiritualità.

In un'ottica siffatta si comprende il ruolo della palliazione in situazioni estreme della vita e la competenza nelle cure palliative che, intese come aiuto nella sofferenza, devono essere proprie di ogni curante.

L'art. 5 della L. 219/17 norma la programmazione anticipata e condivisa delle cure come modalità assistenziale essenziale al fine di rendere più consapevole e meno sofferto il processo del morire.

La richiesta della Corte con l'ordinanza 207/18 e ancor più con la sentenza 242/19, nelle more di un provvedimento legislativo relativo alla dichiarazione d'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del c.p., solo anticipato nell'Ordinanza, ha aperto un ampio dibattito giuridico, etico e professionale coinvolgendo la sfera deontologica dell'agire medico.



Nel momento in cui si debba esprimere il pensiero sulle problematiche del suicidio assistito e del fine vita non ci si può sottrarre dal ricordare la necessità di conformare il servizio sanitario alle esigenze di offrire un compiuto sistema di cure palliative omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Ciò corrisponde anche a un criterio di giustizia perché la richiesta suicidaria non sia mai motivata dalla carenza di cure e del prendersi cura sul piano clinico, spirituale e sociale.

IL CDM NELLA TERMINALITÀ

Uno dei maggiori problemi professionali, etici e sociali della medicina moderna è rappresentato dalla terminalità. Il processo del morire richiede al medico di utilizzare tutti gli strumenti della cura e del prendersi cura.

Il CDM norma l'agire del medico sia mediante un comportamento professionale ispirato alla palliazione (in estensione intesa anche come atteggiamento relazionale) sia mediante il bando a ogni forma di futilità terapeutica, men che meno rispondendo ad un'esigenza o richiesta di prestazione non esigibile dal medico al solo fine di soddisfacimento personale del malato (CDM artt. 16-38-39 e art. 13 terzultimo comma - L. 219/17 art. 1 punto 6).

Tuttavia, la stessa sedazione palliativa profonda potrebbe non rispondere alla domanda del paziente che vuol dar forma alla propria scelta di libertà, motivo per cui si crea in un simile contesto un **rapporto fra medico e paziente improntato sulla reciproca fiducia e nel rispetto delle proprie autonomie cosicché il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, verso cui il medico non ha obblighi professionali.**(L.219/17 art. 1, punto 1 e 6).

L'offerta di cure palliative, per quanto prevista dalla legislazione vigente e dai principi codicistici della deontologia medica nell'ambito di una scelta condivisa e di cui il medico non può non (ma deve) tenere conto (L.219/17 art. 2 punto 1 e 2, CDM artt. 38-39), risponde all'interesse della collettività di fronte al fenomeno del morire medicalizzato ma per certa parte non sempre rispetto alla domanda di autodeterminare la propria vita e, dunque, anche del morire quale diritto dell'individuo costituzionalmente garantito.



Secondo una certa visione, la norma che vieta di favorire la morte si scontra con la pari norma di rispettare la dignità, la qualità della vita e la scelta della persona e di evitare “ogni forma d’intervento clinicamente inappropriato e eticamente non proporzionato” (CDM art. 16); di contro si prevede una gradualità condivisa degli interventi atti a rispondere al linimento del dolore e delle sofferenze proprio nel rispetto della dignità della persona, nel vivere e nel morire (CDM art.38).

Inoltre, nel corso di una procedura di suicidio assistito, ammettendo che la legge lo consenta, 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 anche affidati anche a personale non medico: in particolare nella preparazione del farmaco può anche intervenire il farmacista.

5

<p>L'ORDINANZA 207/18 E LA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE COSTITUZIONALE</p>
--

Una serie di considerazioni sono quanto mai pertinenti, in linea anche coll'Ordinanza 207 della Consulta:

- La formazione alla programmazione condivisa delle cure (PCC, per effetto dell'art. 5 della L. 219/17 e della L. 38/10), nonché la valutazione deontologica della cosiddetta *surprising question* (derivante dagli studi della Duke University dell'USA e di Ottawa nel Canada) ovvero la considerazione del paziente oncologico o comunque la valutazione della palliazione va considerata come atteggiamento attivo del medico durante tutta l'assistenza.
- La specifica questione del suicidio assistito in cui la competenza del medico riguarda la relazione e la comunicazione della prognosi da parte del curante, nonché la definizione clinica delle condizioni previste dalla Corte viene affidata a un team clinico e medico legale, al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.
- Il pieno convincimento clinico di non fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine (mentale) rispetto alle indicazioni della Corte.



Da un punto di vista etico si pongono perciò due questioni:

- se la morte fa parte della vita come processo biologico terminale quanto ciò incida sulla relazione di cura (alleanza terapeutica)?
- come affrontare il problema dell'obiezione di coscienza del medico nell'eventuale trascrizione legislativa della sentenza della Corte?

MEDICINA E CONOSCENZA

La medicina è una disciplina dalla natura composita. Reperisce nelle scienze fisiche e biologiche molto del suo metodo, della sua logica e della sua teoria, tale per cui potremmo considerarla in un certo senso una branca di queste discipline.

Diventa anche *praxis*, in senso aristotelico, rafforzandosi nella conoscenza applicata agli scopi e ai fini dell'uomo ed è per questo che la medicina può essere classificata tra le scienze tecnologiche. Poiché mira a modificare i comportamenti individuali e sociali, trae energia anche dalle scienze comportamentali.

6

Da qui la "relazione", personale, che mira ad "aiutare" la persona affinché possa "migliorare" la salute, che ha, pertanto, un significato valoriale non solo per l'aspetto relazionale radicato nelle scienze umane, ma anche per il valore della conoscenza, radicato, invece, nelle scienze della natura.

Queste ultime non sono solo mezzi di comprensione, ma mezzi d'intervento nella vita delle persone e della stessa società e non è possibile l'incontro clinico tra medico e paziente (individuale o sociale che sia) senza la comprensione dei processi fisici del vivente.

Avendo la medicina una propria essenza specifica, ha confini in continua evoluzione per cui si allargano dalla tradizionale definizione dell'arte medica, in funzione della diagnosi e della cura delle malattie, alla più complessiva interpretazione dell'intervento medico per la conservazione ed il mantenimento della salute, fino a favorire tutto ciò che può far stare bene alleviando "il dolore e la sofferenza".

La medicina è ancora atta ad offrirci una ricca raccolta di metafore per discutere di salute e malattia nel mirare all'integrità, all'armonia e alla completezza di corpo e mente; circostanza



questa che costituisce l'affermazione della dignità dell'individuo; dignità che occupa una posizione centrale nell'etica e nella pratica della medicina.

AUTONOMIA E AUTODETERMINAZIONE

La qualità di vita è divenuta il parametro più importante per misurare l'efficacia di molte attività centrate sulla persona oltreché parametro di giudizio dell'efficacia per cui la qualità di vita è intesa non solo quale pienezza di attività e di validità psicofisica ma obiettivo da ricercare anche quando non si è più in grado di tutelare la salute, quando, cioè, lo stato di salute è grandemente compromesso.

Alla qualità di vita si aggiunge la valorizzazione del principio di autonomia dell'individuo, nel suo doppio significato di mancanza di dipendenza fisica e psichica e d'espressione della singolarità, unicità e, in definitiva, di libertà anche nella sua autodeterminazione.

7

Il concetto d'autonomia del paziente comporta da parte del medico il rispetto dei valori di fondo che ogni persona sceglie durante tutta la sua vita e sopra tutto quelli che emergono in quel particolare momento di relazione.

Qualità di vita e autonomia, nel senso di autodeterminazione (Cost. 2-3-13-32; L.219/17), esigono pertanto nuove attenzioni da parte del medico e reclamano specifiche strategie nell'accompagnamento di fine vita per tutelare la qualità nei pazienti inguaribili in cui il giudizio personale sulla qualità della parte finale della sua vita è inviolabile.

Allora, se l'assistenza ai malati costituisce una consistente costante storica e culturale, così lo è la centralità del rapporto medico-paziente e il modo di interpretare malattia, infermità e disturbo, nonché la risposta a queste; è anche vero che la medicina deve cercare la propria direzione mediante un dialogo continuo con la società, nel corso del quale ciascuno dei due interlocutori preserva la propria sfera legittima dei personali diritti e doveri.

La medicina ha certamente scopi intrinseci, frutto di ideali più o meno universali e di pratiche di carattere storico, ma le sue conoscenze e le sue abilità si prestano ad essere intese in misura significativa anche in termini di costruzione sociale.



Il pericolo vero che si corre è di ridurre il primo punto di vista al secondo e non quello di sostenerli entrambi in un fecondo rapporto di tensione reciproca.

MEDICI E RELAZIONE DI CURA

I medici rivendicano la relazione di cura e il tempo necessario per attuarla e consolidarla, evitando ogni interpretazione burocratica, giurisprudenziale e contrattualistica del rapporto tra medico e paziente che è un'esigenza etica.

Vanno considerati per il medico gli effetti che possano derivare da un punto di vista deontologico e comportamentale in seguito alla legge sul suicidio assistito e sull'eutanasia, ciò, a prescindere da ogni valutazione sull'entità del fenomeno e dall'ipotetico numero dei casi prevedibili, ragionevolmente limitati così da ritenere marginale il fenomeno.

8

Occorre pensare, non solo da un punto di vista giuridico, che la presa di posizione della Corte e del legislatore, i cui atti saranno naturalmente da vagliarsi con estrema attenzione, **non implicano in via automatica variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte, considerando esaustive quelle apportate nella fase finale all'articolo 17 del CDM come nota aggiuntiva in merito alla sentenza 242/19.**

La disciplina deontologica potrà subire modifiche, se e quando ritenuto necessario, in seguito ad una riflessione profonda della classe medica **ma resta fermo il principio della clausola di coscienza, cui il medico è vincolato in tutti quei casi in cui vi fosse contrarietà verso quei principi che profondamente lo coinvolgono nel suo agire e nelle sue scelte** (art. 22 CDM).

Il concetto dell'autonomia nell'osservanza delle norme giuridiche, che non risultino in contrasto con gli scopi della professione, è un fattore rilevante che rafforza nel medico il vincolo del precetto deontologico rispetto a quello dell'ordinamento giuridico generale.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In questa visione la succitata questione del suicidio assistito ed il pronunciamento della Corte espresso nella sentenza 242/19, *richiama come imprescindibile quanto previsto nell'art. 17, che vieta ogni adempimento medico che procuri la morte del paziente, rafforzando ulteriormente il principio che la norma deontologica, a prescindere dalla natura giuridica o extra-giuridica della stessa, costituisca la regola primaria alla quale il medico deve ispirare il proprio comportamento.*

Sulla base del costruito giuridico della liceità di rispondere alla richiesta di anticipare l'exitus del malato terminale che rifiuta le cure palliative, come principio esecutivo stabilito dalla Corte laddove dichiara illegittimo l'art.580 c.p. sulla scorta dei presupposti identificati nel fine vita, di fatto non riconosce il reato di aiuto e istigazione al suicidio, il medico ha un comportamento che deve ispirarsi al CDM ovvero al rispetto degli articoli 17, ma anche 13 (prescrizione di compiacenza, 9° comma), 16 (interventi non proporzionati) e 23 (continuità delle cure).

Pertanto, nel rispetto della novella interpretativa della norma costituzionale fornita dalla Corte, non è possibile che sia imputabile e punibile il medico che aiuti nel proposito suicidario del paziente, pur riconoscendogli la responsabilità deontologica della non osservanza del precetto fondamentale del non dare mai la morte, seppur richiesta; responsabilità che rimane indelebilmente e non può essere cancellata, sebbene da ciò non discenda una sanzione disciplinare in presenza della disposizione della Corte che ne prevede la non punibilità.

A prevalere è il concetto che il comportamento del medico nella terminalità o in condizioni critiche è stabilito ed è basato deontologicamente sulla relazione di cura all'interno di un'alleanza terapeutica fra medico e paziente, che si basa sulla fiducia reciproca, sul rispetto dei ruoli specifici e sul riconoscimento dei rispettivi diritti nella salvaguardia della dignità della persona, nel vivere e nel morire.

Allo stesso modo si ritiene ineludibile che, per la terapia del dolore e per le cure palliative (CDM art. 39 e L.38/010) nei confronti del paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, si adotti ogni misura atta a rispondere efficacemente attraverso una necessaria programmazione condivisa delle cure (PCC, per



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

effetto dell'art. 5 della L. 219/17 e della L. 38/10) nonché si proceda alla valutazione deontologica della cosiddetta *surprising question* e della palliazione intesa come atteggiamento del medico durante tutta l'assistenza (CDM artt 16-38-39).

Considerando la specifica questione del suicidio assistito, pur nel ribadire la posizione espressa nel CDM, si ritiene che la competenza del medico sarà unicamente nei riguardi della relazione e della comunicazione della prognosi (da parte dei curanti) nonché ciò che riguarderà la definizione clinica, delle condizioni previste dalla Corte sarà affidata a un team clinico e medico legale, al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.

Un differente atteggiamento anche rispetto al solo fine prescrittivo nel dover fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine **troverebbe una preclusione nello stesso CDM**, in base alla perentorietà della norma deontologica prevista e ampiamente illustrata (CDM art.17 e art.13 penultimo comma).

È opinione condivisa che vi sia comunque la necessità di un'attenta riflessione sui temi etici e sui risvolti delle novelle legislative ed anche delle modifiche che si prevedono apportate alle leggi oggi vigenti.

10

Si rimarca accanto agli aspetti significativi dell'autonomia del medico anche il concetto d'autonomia del paziente che comporta il rispetto dei valori di fondo che ogni essere umano/persona sceglie durante tutta la sua vita e, soprattutto, quelli che emergono in quel particolare momento di relazione nella cura della sofferenza e della terminalità, nell'imprescindibile considerazione dell'autodeterminazione del paziente e della dignità della persona.

CONCLUSIONI

Fermo restando quanto previsto nell'art. 17, il CDM impegna il medico a costruire un'alleanza terapeutica improntata al reciproco rispetto (art. 20), a garantire l'autonomia decisionale del cittadino previamente e adeguatamente informato (art. 33 e 35), ma anche ad evitare procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente futili ed inappropriati (accanimento terapeutico, art. 16), e, in ultima analisi a non abbandonare il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

stato di coscienza ed a garantire la continuità delle cure attraverso le cure palliative e un'adeguata terapia del dolore (art. 39 – L.38/010).

Dall'analisi emerge che sul piano professionale ed etico è esigenza primaria che il medico rivendichi e utilizzi il tempo necessario alla relazione di cura, evitando ogni interpretazione *burocratica*, giurisprudenziale e contrattualistica, prevalendo i principi etici e deontologici che segnano e caratterizzano il rapporto tra medico e paziente, del cui valore ne sono interpreti.

In ambito della riconosciuta autonomia il medico è chiamato all'osservanza delle norme deontologiche come pure **“di quelle norme giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della professione”**, in questo modo sancendosi, laddove in contrasto, una primazia del precetto deontologico sull'ordinamento giuridico generale.

Il ragionamento sul piano giuridico, che sottintende alla valutazione della Corte in tema di suicidio assistito e che non sempre trova riscontro nelle premesse delle recenti proposte del legislatore sullo stesso tema, è oggetto di un'attenta valutazione interna: si ritiene, infatti, che tali innovazioni e proposte non implicino in via automatica variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte.

11

Quest'ultima disciplina potrà eventualmente subire interventi di modifica allorquando la riflessione deontologica della classe medica lo riterrà necessario, **assumendo laddove a prevalere sia una decisione legislativa non compatibile sul piano etico deontologico una posizione rispettosa dei principi della deontologia medica e, laddove necessario, ricorrendo alla clausola di coscienza in essi prevista, dalla stessa Corte mai messa in dubbio ed anzi avvalorata.**

Si ritiene che la norma deontologica, in ragione di ciò ed a prescindere dalla natura giuridica o extra-giuridica della stessa, costituisca la regola primaria alla quale il sanitario debba ispirare il proprio comportamento.

È ineludibile che di fronte al paziente con prognosi infausta, o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, il medico adotti ogni misura atta a rispondere efficacemente ai bisogni di salute che si traducano nella garanzia del rispetto della dignità del vivere e del



morire.

Come pure che proceda attraverso una necessaria programmazione anticipata e condivisa delle cure o PCC (per effetto dell'art. 5 della L. 219/17 e della L. 38/010) nonché valuti gli aspetti clinici e la *surprising question* coll'uniformare le cure alle reali necessità cliniche attraverso la palliazione intesa come atteggiamento del medico durante tutta l'assistenza in fase di grande sofferenza e nella terminalità, evitando ogni trattamento considerato sproporzionato o futile (CDM artt. 16, 38 e 39).

Considerando la specifica questione del **suicidio assistito**, pur nel ribadire la posizione espressa nel CDM, **si ritiene che la competenza medica sarà unicamente espressa da parte dei curanti nei riguardi della relazione e della comunicazione della prognosi, e la definizione clinica delle condizioni previste dalla Corte al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente sarà invece affidata a un team clinico e medico legale.**

12

Un diverso atteggiamento al solo fine prescrittivo, a parere della CND, troverebbe infatti una preclusione nello stesso **CDM** in considerazione del pieno convincimento clinico nel dover fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine, **per cui impegna il medico al rispetto dell'art.17, alla non prescrizione per compiacere la persona assistita** (art.13 terzultimo comma) limitandone la funzione in base alla perentorietà prevista dalla norma deontologica.

Nello sviluppo del ragionamento la FNOMCeO ha ritenuto, a fronte della sentenza della Corte e delle relative procedure, non modificabile l'articolo 17 e gli altri correlati ed ha espresso una nota applicativa all'art.17, **richiamando l'illegittimità dell'art. 580 del c.p. limitato ai casi di aiuto al suicidio** di *persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.*

In tale condizione **la libera scelta del medico d'agevolare il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo in ciò richiamandosi ai precetti costituzionali (artt. 2-3-13 e 32), va sempre**



valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare, con ciò però distinguendo punibilità dalla responsabilità deontologica comunque presente.

È altresì riconosciuto all'Ordine nella sua veste di Ente Pubblico e tutore della Deontologia (L.3/2018) il compito vigilare nella «circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa» ovvero nei casi di «applicabilità dell'art.580 c.p.».

La sentenza per la sua coerenza legislativa come norma applicativa «impone», in attesa di un indispensabile intervento del legislatore, che siano soddisfatti i principi fondanti: ovvero l'atto sia compiuto all'interno del SSN e vi sia il preliminare pronunciamento dei Comitati Etici una volta proposte e rifiutate in modo consapevole la palliazione e la sedazione profonda.

Con ciò confermando, ulteriormente, la tipologia di malati cui si rivolge senza che vi siano estensioni di applicazione ad altre tipologie di richieste suicidarie.

Non va in tal senso la maggior parte delle proposte presentate sia in Camera che in Senato, che coinvolgono direttamente il medico imponendone il comportamento, e addirittura richiedono l'estensione delle modifiche ad altri articoli del codice penale correlati al 580, quali il 575 (omicidio, 21 a. reclusione), 579 (omicidio di consenziente, da 5 a 15 a. di reclusione) e 593 (omissione di soccorso), che le collocano nel “pianeta eutanasia”.

La sentenza non entra nel merito dei principi degli artt.17 e correlati che sono vigenti e non cambiati, come pure l'art. 580 non viene depennato ma resta pur sempre valido e non è applicabile – dichiarandone l'illegittimità - solamente nei casi previsti in sentenza purché «concorrenti».

A fronte di diversa valutazione del Legislatore e anche in linea al ragionamento della Corte la CND sostiene con fermezza che non sia eludibile per il medico il rispetto della clausola di coscienza o l'obiezione, situazione acclarata in sentenza e addirittura



superata dal riconoscimento della sua libertà di scelta e, dunque, d'agire.

Comunque si ravvisa la necessità di procedere ad un'attenta riflessione sui temi etici e sui risvolti delle novelle legislative ed anche delle modifiche che si prevede d'apportare alle Leggi oggi vigenti, in relazione a questo momento storico e con attenzione posta alla congruità coi principi della deontologia medica cui ci si richiama e che trovano rispetto e considerazione nella L.219/17 cui si ispira e che fedelmente riporta in taluni passaggi. Ciò in riferimento al paziente nel fine vita e in condizioni di gravità estrema secondo le indicazioni della Corte.

Qualora si addivenisse alla conclusione legislativa che l'atto suicidiario, come tale attribuito al paziente, fosse normato, vi sarebbero non piccoli problemi riguardanti la procedura, che non possono non interessare il medico, ovvero:

- Chi prescrive?
- Chi prepara il farmaco e attiva e coordina le procedure?
- Chi sorveglia il paziente onde evitare inutili ed ulteriori sofferenze?

14

Anche se in ambito deontologico l'applicazione della norma ci porta a intraprendere una strada certa, molti sono i contributi per un'attenta riflessione, proprio alla luce delle proposte di legge sul fine vita e sul suicidio assistito.

Si ritiene indispensabile che il legislatore (Parlamento), nell'affrontare la problematica in oggetto in base alla richiesta della Corte, tenga conto e sappia concretizzare prioritariamente le soluzioni alle seguenti questioni:

- *l'attuazione omogenea su tutto il territorio nazionale del dettato della L. 38/10 mediante la garanzia dell'offerta a tutti i cittadini, e senza alcun onere, delle cure palliative domiciliari precoci e continuative;*
- *la formazione alle cure palliative del personale professionale della sanità e l'informazione ai cittadini sulle possibilità offerte dalla L.219/17;*
- *la tutela della autonomia e della coscienza del medico di fronte a scelte così impegnative;*
- *l'affidamento della certificazione dello stato clinico dei soggetti richiedenti a team professionali medici;*



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- *l'emanazione di norme conformi a una visione moderna del diritto e quindi dotate di elasticità, nel rispetto sia di una società dai molteplici riferimenti etici sia della singolarità di ogni vissuto personale*

In conclusione, è altresì necessario procedere ad un'analisi attenta delle problematiche ancora aperte del fine vita, del ruolo e dell'essenzialità della cura della malattia come pure della sedazione del dolore e del prendersi cura del paziente in ogni fase della sua vita, mai abdicando dal ruolo che è assegnato e riconosciuto al medico, pur sempre attenti al susseguirsi dei momenti storici e ai principi della deontologica a cui ci si richiama.

Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.

FNOMCeO