

Suicidio assistito e nuovi doveri in capo alle strutture sanitarie pubbliche*

Fabio Cembrani**

SOMMARIO: 1. La non punibilità dell'aiuto medico a morire. – 2. I requisiti sostanziali e procedurali fissati dalla Corte per evitare abusi per questa (forse) nuova pratica clinica. – 3. La coscienza personale del medico ed il suo disarcionamento dalla sella della coscienza pubblica. – 4. Conclusioni.

1. La non punibilità dell'aiuto medico a morire

Tre bellissimi contributi, pubblicati sull'ultimo numero di questa Rivista¹, hanno analizzato i contenuti salienti della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 con la quale, in buona sostanza, è stata dichiarata la parziale illegittimità dell'art. 580 c.p. «[...] nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) [...] agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente». E riflettuto sui suoi effetti, i quali, come spesso accade nel nostro Paese, non

* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

** Direttore U.O. di Medicina legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento, fabio.cembrani@apss.tn.it.

¹ L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*; A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*; C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in questa Rivista, 2019, n. 2, rispettivamente pp. 193 ss., 201 ss., 217 ss.

hanno assolutamente ridotto lo scarto che esiste tra chi difende la sacralità della vita² e chi, invece, si appella alla qualità del vivere³ come avviene, purtroppo, in tutte le società «polarizzate»⁴ all'interno delle quali più passa il tempo più le opinioni diventano estreme al punto tale che gli schieramenti in conflitto puntano maggiormente i piedi radicalizzando così le loro conclusioni che restano profondamente antitetiche, pur a partire dalle stesse premesse e dai medesimi fatti oggettivi. Situazione, questa, che occorre tenere a mente nel tentativo di comprendere le ricadute della sentenza della Corte costituzionale riguardo al rapporto giuridico che si instaura tra il medico ed il paziente, senza però cedere alle lusinghe della post-modernità. Dove le ambiguità e le improvvise rotture sono davvero molte, restando purtroppo convinto che non siamo ancora giunti alla fase finale della discussione, che approderà su altri lidi, perché la deviazione verso il precipizio scivoloso è già in atto. Non solo per l'inerzia del legislatore dell'urgenza, la cui preoccupazione sembra andare in altre direzioni per garantire il debolissimo equilibrio della attuale maggioranza politica, ma anche per la fin qui flebile voce fatta sentire dai medici italiani che poco si sono esposti rispetto a queste relevantissime questioni⁵, nonostante la loro autonomia deontologica sia stata largamente e profondamente sbracciata⁶ dalla recentissima sentenza della Corte. Questa ha sicuramente delegittimato il potere di auto-regolamentazione interna che la legge affida alle Federazioni nazionali degli ordini professionali con l'arma bianca del silenzio (mai un accenno viene fatto, nelle considerazioni in diritto, al Codice di deontologia medica) al quale si sono poi associati, con la sentenza n. 259/2019 del 22 ottobre successivo (caso Venturi), i colpi pesanti della macchina bellica (l'ariete) usata in

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

³ Particolarmente decisa ed ideologicamente orientata in tal senso è la posizione di M. MORI, *Suicidio assistito. La sentenza della Corte costituzionale ha aperto un'autostrada al diritto di morire*, in *Quotidiano Sanità*, 19 dicembre 2019), a parere del quale, con un'equiparazione davvero infelice, «la sentenza sul suicidio assistito ha cambiato la storia socio-culturale italiana», come è accaduto, nel 1963, per il corso della storia politica mondiale dopo l'assassinio del presidente americano Kennedy.

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

⁵ Nonostante qualcosa sia pur stato fatto dalla Consulta deontologica nazionale della FNOMCeO nel documento approvato il 14 marzo 2019 con il quale, in estrema sintesi, si è ritenuto che «la competenza dei medici sarà unicamente nei riguardi della relazione e della comunicazione della prognosi da parte dei curanti, nonché riguarderà la definizione clinica delle condizioni previste dalla Corte affidata ad un team clinico e medico-legale, al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente». Ricordando inoltre, a questo proposito, che la *World Medical Association* (WMA) che rappresenta i medici di 112 Paesi dei 5 Continenti con le loro differenze di cultura e di fede, ha recentemente ribadito, nel corso della sua 70^a Assemblea annuale svoltasi a Tbilisi, la sua ferma opposizione al coinvolgimento del medico nell'eutanasia e nel suicidio assistito.

⁶ Cfr., A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale*, cit., il quale, in maniera molto convincente, parla di una dignità soggettivizzata ritenendo che «la dignità assorbita dall'autodeterminazione è una dignità che di fatto è destituita di valore».

epoca medioevale per sfondare le porte di accesso alle fortezze ed ai castelli o alle loro mura. Il tutto all'interno di una strada maestra già tracciata dal legislatore (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), che ha, purtroppo, retrocesso la codificazione deontologica ponendola addirittura in subordine rispetto ai contenuti della regolamentazione regionale ed alle disposizioni inserite nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro. Strada sulla quale si sono anche innestate alcune prese di posizione davvero equivoche⁷ che, a gran voce, hanno dubitato della costituzionalità del Codice di deontologia medica auspicando, addirittura, che «l'esenzione di responsabilità civile e penale per il professionista che legittimamente assiste una persona nel suicidio sia espressamente estesa anche alla responsabilità di tipo disciplinare».

Silenzi e brusche spallate che, alla fine di tutto, affermano l'idea che il potere di autoregolamentazione interna, che supporta «l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale [...] al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva» (così l'art. 1, co 3, lettera c) del d.lgs. C.p.S. n. 233 del 1946) debba essere sempre più eteroguidato dall'esterno al punto tale da metterne in discussione le architravi ed i paradigmi portanti con la cesoia della loro supposta incostituzionalità.

2. I requisiti sostanziali e procedurali fissati dalla Corte per evitare abusi per questa (forse) nuova pratica clinica

Fermo restando che non c'è nessun obbligo a carico del medico di soddisfare la richiesta di aiuto al suicidio, una rilevantissima questione pratica posta dalla sentenza della Corte costituzionale riguarda la responsabilità delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie pubbliche che non possono, un'altra volta, dar prova di arretratezza o di codardia come è avvenuto per la legge n. 219/2017, poco o nulla essendo stato fatto riguardo alla formazione ed alla sensibilizzazione dei professionisti ed al potenziamento della rete delle cure palliative. Individuata una circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art. 580 c.p., la Corte ha esplicitato (a) non solo i requisiti sostanziali per la non punibilità dell'illecito, ma anche (b) il ruolo che deve essere garantito, sul piano della garanzia pro-

⁷ Così il documento circolato via web, all'inizio del settembre 2019, dal titolo *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole*: documento del quale era possibile la sola firma per approvazione senza possibilità di opporre qualche critica costruttiva ai suoi contenuti.

cedurale, dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale a fronte della richiesta della persona di essere medicalmente aiutata a morire.

Nel dettare le nuove coordinate e nelle more dell'auspicato intervento del legislatore, il giudice costituzionale, facendo perno sugli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017, ha così individuato quali sono i requisiti (tutti) sostanziali che possono legittimare la richiesta di aiuto al suicidio, indicandoli: (1) nell'essere la persona sottoposta a trattamenti di sostegno vitale a causa di una patologia irreversibile; (2) nell'intollerabilità delle sofferenze fisiche e psichiche del malato nonostante siano state messe in campo tutte le opportunità offerte dalle cure palliative; (3) nella richiesta presentata dalla persona nel pieno della sua capacità di agire acquisita nei modi e con gli strumenti più consoni alle sue condizioni e documentata sempre o in forma scritta o attraverso la videoregistrazione ed i dispositivi che le consentano di comunicare, ferma restando naturalmente la possibilità di poterla sempre modificare; (4) nella adeguata informazione fornita alla stessa in ordine sia alle sue condizioni di salute sia alle possibili soluzioni alternative fornite dalle cure palliative (ivi compresa la sedazione continua profonda). In queste situazioni il malato può legittimamente chiedere di essere aiutato a morire senza però che ciò crei un parallelo obbligo di procedere in tal senso in capo al medico. Ma non solo, perché la sentenza della Corte ha indicato quali sono i vincoli procedurali di garanzia e di controllo in capo alla struttura sanitaria pubblica, individuandoli a loro volta: (1) nel parere favorevole espresso da un «organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità», indicato nel Comitato etico territoriale; (2) nella verifica delle relative modalità di esecuzione dell'aiuto medico al suicidio con l'obiettivo di prevenire abusi e di evitare al paziente sofferenze inutili, garantendone così la sua stessa dignità.

Un vero e proprio percorso di assistenza al suicidio, in attesa della declinazione finale che dovrà essere data dal legislatore dell'urgenza integrando i contenuti della legge n. 219/2017, realizzato attraverso il controllo di quei requisiti sostanziali precisati dalla Corte e la cui presenza scrimina parzialmente l'art. 580 c.p., fermo restando che non c'è nessun nuovo obbligo in capo al medico di aiutare la persona a realizzare il suo proposito suicidario. Nessun nuovo obbligo per il medico, dunque, anche se nuovi doveri ci sono, essendo stati essi attribuiti alle articolazioni funzionali del Servizio sanitario nazionale che sono da subito chiamate a realizzare le azioni di verifica, di garanzia e di controllo previste dalla sentenza e che sono una assoluta novità rispetto ai contenuti dell'ordinanza n. 207/2018. Come avviene, peraltro, in altri settori di tutela pubblica particolarmente delicati (si vedano, ad es. le pratiche di interruzione volontaria della gravidanza e l'accertamento della morte) pur dovendo ammettere che non sempre le organizzazioni sanitarie hanno, su questi fronti, brillato sul piano dell'efficiente organizzazione dei servizi: perché un conto è assicurare in qualche maniera un qualche servizio un altro è, invece, sostenere i processi sul piano della garanzia pubblica per evitare, ad es., che l'obiezione di coscienza assuma quelle proporzioni esorbitanti che continuano a mettere in discussione i diritti garantiti alle donne. Se così è occorre, fin da subito, che le organizzazioni sanitarie affrontino la questione per non trovarsi nuovamente (prima o dopo) impreparate nel garantire l'esigibilità

di questa nuova libertà assegnata alla persona, nel rispetto dei vincoli e delle garanzie non solo procedurali previste dalla Corte costituzionale, essendo logico attendersi che ci sarà chi o per scopi ideologici o per beceri interessi economici cavalcherà questa strada con l'obiettivo di organizzare e tecnologizzare, su più ampia scala, l'aiuto medico al suicidio, sperando naturalmente che le criticità già affacciate all'orizzonte non saranno affrontate con qualche delega affidata o alle associazioni private o a qualche comunità professionale. In questa prospettiva è necessario, fin da subito, che ogni articolazione funzionale del Servizio sanitario nazionale individui un piccolo gruppo di lavoro cui affidare l'obiettivo di definire i ruoli, le responsabilità ed il governo dei controlli con alcune pregiudiziali che si possono fin d'ora indicare, fermo restando che il primo passo responsabile dovrebbe essere quello di formare e di sensibilizzare i professionisti della salute e l'opinione pubblica sui contenuti della sentenza, perché c'è ancora molta confusione rispetto alle complesse tematiche del fine della vita.

A partire da ciò ci si dovrà innanzitutto chiedere quale sarà la possibile platea delle persone potenzialmente elegibili nel percorso dell'aiuto medico al suicidio individuandole in quelle affette da una qualche patologia irreversibile oramai giunta in fase avanzata, vista l'esigenza di trattarla con mezzi di sostegno vitale da cui la persona deve essere però «dipendente» come ricorda il giudice costituzionale, non essendo così sufficiente la loro introduzione temporanea come spesso avviene nel caso di riacutizzazioni improvvise delle manifestazioni morbose. Si tratta, quindi, di una platea di persone potenzialmente ampia e non selezionata sulla base del tipo di patologia da cui le stesse sono affette, purché queste ultime siano: (a) irreversibili, cioè non guaribili; (b) in traiettoria avanzata essendo necessario, per vicariare la compromissione delle funzioni vitali, il loro trattamento con mezzi di sostegno vitale; dai quali (c) la persona deve essere completamente dipendente, non potendo cioè più vivere senza il loro supporto continuo. Questa prima selezione è necessaria ed è realizzabile sulla base della condizione clinica della persona dovendo rispondere ad oggettivi criteri di inclusione di natura clinica, in assenza dei quali il processo non è assolutamente da avviare. In queste situazioni può quindi essere legittimo che la persona esprima in maniera libera e informata la sua decisione di morire non già con l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale (ipotesi questa già ammessa dalla legge n. 219 del 2017 e dal Codice di deontologia medica) ma con un'altra modalità più attiva che richiede l'intervento attivo del medico e del *team* assistenziale sia in fase prescrittiva che in quella poi esecutiva: decisione che deve essere raccolta con le modalità previste dalla medesima legge n. 219, prudentemente non una volta ma più volte in un arco di tempo variabile ma assolutamente non esiguo (qualche settimana), pur non potendolo ipostatizzare perché le situazioni possono essere tra loro molto diverse dopo che alla persona è stata fornita la più opportuna informazione, quel sostegno umano necessario ad affrontare il più serenamente possibile queste tragiche scelte della vita e le terapie palliative occorrenti per contrastare la sua sofferenza fisica e psicologica che deve essere oggettivata con gli strumenti di lavoro suggeriti a livello internazionale. Infatti, la terapia palliativa deve essere sempre attivata per evitare che il dolore, la sofferenza del vivere o, più spesso, i sintomi refrattari alla terapia condizionino negativamente la decisione della persona che deve essere

espressa in modo fermo, ripetuto e coerente anche dopo l'attuazione della palliazione che rappresenta un ulteriore criterio di selezione della platea dei possibili destinatari, senza il quale il percorso di aiuto medico al suicidio non può essere attivato.

A queste condizioni oggettive deve, dunque, associarsi la decisione della persona che deve essere ferma, libera, informata e resa in qualche maniera riproducibile, essendo necessaria la sua conferma anche dopo l'attivazione delle cure palliative; fermo restando che, in queste situazioni, risulta davvero difficile comprendere come la volontà della persona possa essere davvero libera visti i condizionamenti negativi che ogni processo di malattia ha sulla nostra affettività e sulla cognitività umana. Anche a fronte dell'ambiguità di quella norma del 2017 che ha confuso la *capacità di agire* (art. 1, co 5) con la *capacità di intendere e di volere* (art. 4, co 1) e del laconico richiamo operato dalla Corte alla capacità di assumere una decisione e di mantenere poi «il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale» (par. 5 c.d.). Perché, in queste drammatiche situazioni della vita reale, resta davvero difficile capire quanto la scelta della persona sia realmente in linea con il suo compasso biografico, che non è mai lineare, come dimostrano tutti gli studi neuroscientifici, e quali siano gli strumenti che devono essere usati nella pratica clinica per dar prova di ciò. Non approdando a definitiva certezza né la consulenza psichiatrica spinta né la testistica neuro-cognitiva usata nello *screening* delle demenze, per apprezzare la natura non equivoca della scelta della persona è da suggerire un approccio nuovo a questa difficilissima problematica clinica, in linea con quanto suggerito a livello internazionale: nessuna testistica, dunque, e nessun valore soglia al di sotto del quale riconoscere l'incapacità della persona di prendere una decisione libera ed informata, bensì un autentico rapporto comunicativo con la medesima, inteso anche ad esplorare quei domini funzionali che sembrano offrire una qualche coerenza nell'interconnessione di quei circuiti non solo neuronali che ricomprendiamo nella parola coscienza, fatta non solo di vigilanza, e di cui non conosciamo ancora né i substrati anatomici né tantomeno quelli neuro-biologici. Adagiarsi su presunti livelli-soglia nulla avrebbe di scientifico e sarebbe una scelta dal carattere davvero paradossale per non dire addirittura ubuesco⁸: una forzatura, la cui violenza del tutto pacifica che sacrifica, alla fine di tutto, la fragilità e con essa la nostra identità di genere di cui essa è parte integrale e costitutiva. Potremmo farlo sul piano dell'imputabilità penale come aiuto alla decisione tecnica ma non sicuramente quando si discute della *moral agency* nelle scelte di cura che nulla hanno a che fare né con *la capacità di intendere e di volere* né con i negozi giuridici contrattualistici. Anche se la nuova norma sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, con un pericolosissimo *revirement* solo in parte corretto dal giudice costituzionale, ha nuovamente estratto dal sepolcro imbiancato la *capacità di agire* e la *capacità di intendere e di volere* che non sono certo un'endiadi. Con una scelta davvero fuorviante, assurda e pericolosissima che

⁸ Così M. FOCALUT. *Gli anormali. Corso al Collège del France 1974-1975*, Milano, 2015.

riabilita queste astratte ed (a)storiche capacità, spesso avulse dalle nostre storie personali, dai nostri valori di riferimento (religiosi, politici, filosofici, umani), dal nostro mondo reale fatto sempre di relazioni altrettanto reali e dalla nostra stessa identità biografica. Tanto complesse e variegate sono le situazioni intermedie in cui, pur essendo limitata, la capacità di prendere una decisione non è ancora persa, che non dobbiamo mai banalizzare né quando la persona già è stata sottoposta ad una qualche misura di protezione giuridica né quando non lo sia ancora stata.

La verifica di (tutte) queste condizioni è naturalmente in capo ai professionisti del Servizio sanitario nazionale ed è prudente, a questo riguardo, che essa non sia lasciata alla responsabilità o alla sensibilità dei singoli professionisti, essendo auspicabile il loro contestuale rilievo da parte di un Collegio composto da tre professionisti esperti (ad es. quelli incaricati di accertare la morte), nominati dalla Direzione generale aziendale, che devono mettersi a disposizione per coadiuvare il *team* di cura della persona. Attraverso la scrupolosa tracciatura di tutte le azioni realizzate a supporto di quest'ultima le quali, anche se di natura persuasiva, devono sempre essere finalizzate al sostegno non solo tecnico ma anche spirituale ed umano del paziente e finalizzate, ove naturalmente ciò sia possibile, a rimuovere ciò che motiva l'idea di congedarsi anticipatamente dalla vita.

Per la sua attuazione è poi necessario l'intervento di un ulteriore organo collegiale terzo individuato, dalla sentenza della Corte, nel Comitato etico per la sperimentazione clinica il cui parere non è sempre consultivo, come ritiene erroneamente il giudice costituzionale, se si considera che i progetti sperimentali non possono essere avviati quando le autorità competenti siano giunte «alla conclusione che i benefici previsti, terapeutici ed in materia di sanità pubblica, giustificano i rischi» e che i medesimi possono «essere proseguit(i) solo se il rispetto di tale requisito è costantemente verificato» (art. 3, c. 1, d.lgs. n. 211/2003). Tale condizione deve essere oggetto di una attenta valutazione perché in molti contesti del Servizio sanitario nazionale convivono senza relazioni più comitati etici con compiti e funzioni diverse ed i cui pareri sono, di regola, consultivi. Perché il parere del Comitato etico deve essere obbligatorio, con la conseguenza che, in sua carenza, non si può certo procedere nell'aiuto al suicidio fermo restando che il parere positivo espresso da questo organismo non costringe nessun medico a procedere doverosamente in tal senso essendo così «affidata [...] alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi o non a esaudire la richiesta del malato» (par. 6 c.d. della sentenza della Corte).

Resta, infine, il tema dei controlli che dovranno essere operati sui professionisti partecipanti all'atto finale con cui la persona si commiata dalla vita, il quale dovrà essere naturalmente rispettoso della sua dignità e dell'evitare ogni sofferenza inutile. Non è assolutamente chiaro se il medico dipendente potrà responsabilmente agire sotto l'ombrello protettivo dei livelli essenziali di assistenza e delle condizioni di copertura assicurativa o se la prestazione, che ha comunque dei costi sociali, dovrà essere inserita nell'economia di quelle di cui viene chiesta la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la fornitura, di regola, del Pentobarbital sodico e, quando serve, per la sua somministrazione o per via endovenosa o con il sondino gastrico. Problema scottante, questo, che sicuramente sarà oggetto di decisioni diverse nella differenziazione regionale e provinciale di una sanità

davvero incompiuta⁹ e che dovranno essere comunque assunte fermo restando che anche la qualità di questa fase dovrà essere garantita, sul piano dei controlli e delle verifiche, dal collegio medico che ha seguito la prima fase del processo a cui spetta, da ultimo, la redazione di una relazione conclusiva che dovrà essere inviata non solo all'Autorità giudiziaria ma anche all'Ordine dei medici per gli eventuali aspetti di rilevanza disciplinare.

3. La coscienza personale del medico ed il suo disarcionamento dalla sella della coscienza pubblica

Un'ulteriore questione pratica posta dalla recentissima sentenza della Corte costituzionale riguarda, ancora, la coscienza millenaria dei medici conservata nel Codice deontologico che pur è stato capace di adeguarsi gradualmente alle trasformazioni, spesso improvvisate e violente, imposte dai progressi della tecnica e dal miglioramento delle conoscenze scientifiche.

La questione è molto complessa anche se essa è stata poco sviluppata nell'elaborazione dottrinale, che si è limitata a riconoscere al professionista il diritto ad avvalersi dell'obiezione di coscienza a fronte della richiesta a lui rivolta di aiuto medico a morire: prospettiva che non è stata però considerata dal giudice costituzionale, il quale, non avendo riconosciuto a carico del medico la doverosità di assecondare i *desiderata* della persona (di non soffrire e di suicidarsi), ha spento la discussione, perché se non c'è l'obbligo di *facere* non esiste, naturalmente, nessun diritto di obiettare. Affrontata in questo modo, la questione sembra essere facile, ma ciò non è, essendo molto probabile che qualche medico si potrà legittimamente avvalere della *clausola di coscienza* chiedendo di essere esonerato dal verificare le condizioni che consentono al paziente di chiedere l'attivazione delle procedure finalizzate all'aiuto al suicidio; naturalmente anche di quelle per così dire indirette che, tuttavia, devono essere verificate non già da chicchessia ma da chi ha la capacità tecnica di poterlo fare. La qual cosa sarà sicuramente lecita sul piano del comportamento atteso, pur non esonerando il medico dalla presa in carico del paziente e dal rapporto comunicativo, sapendo, tuttavia, che l'obiezione e la clausola di coscienza sono due categorie concettuali di gran lunga diverse (e da non confondere) e che la coscienza del medico deve continuare ad essere alimentata e salvaguardata da tutti, soprattutto se autentica e non già quando umorale, di pigrizia o di comodo. Nei limiti e con le garanzie però previste dal Codice di deontologia medica, che ci si augura sia confermato anche su questi ulteriori aspetti che possono sempre coinvolgere chi è impegnato nella cura. Servirà, naturalmente, l'impegno di tutti ad evitare quei comportamenti professionali anomali registrati soprattutto nell'am-

⁹ Cfr. R. VACCANI, *La sanità incompiuta. Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità*, Roma, Carocci, 1999.

bito della contraccezione di emergenza perché se è pur vero che ci si può astenere dai comportamenti professionali antitetici ai nostri valori coscienziali vero è, altrettanto, che il nostro agire deve sempre essere particolarmente attento sul piano della diligenza e della prudenza attesa. Senza mai abbandonare la persona al suo drammatico e solitario destino anche quando le sue decisioni collidono con i valori dei nostri compassi coscienziali, sapendo riconoscere e controllare anche le nostre emozioni. Emozioni di cui poco però si tiene conto quando si parla retoricamente dell'alleanza di cura nonostante esse rappresentino l'archetipo di ogni relazione comunicativa, come ci insegnano gli psicologi ed i neuro-cognitivisti¹⁰.

4. Conclusioni

In attesa che l'aiuto medico a morire possa essere oggetto di una sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore dell'urgenza come auspicato dal giudice costituzionale, occorre interrogarci a fondo e provare a dare una risposta ad un quesito che ci rincorre: la sentenza della Corte sul suicidio assistito è una sentenza davvero di civiltà giuridica o è essa l'espressione di una minoranza che non trova conferma nel comune sentire? Difficile dare a questo lacerante interrogativo una risposta convincente, anche se a me sembra davvero che si sia voluto forzare la mano, perché il *vulnus* normativo sul quale si è inserita la Corte non esisteva, vista anche la debolezza di alcune sue argomentazioni salienti sulla base delle quali è stato parzialmente derubricato l'art. 580 della legge penale. La più evidente di tutte: affermare che l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale richiesta dal malato (per come essa è stata prevista dalla legge n. 219/2017 e dal Codice di deontologia medica) apra quasi automaticamente la strada all'accoglimento della sua richiesta all'aiuto al suicidio è una forzatura davvero imbarazzante perché, se così realmente fosse, non ci sarebbe stato alcun *vulnus* di quella legge e perché con tale apodittica affermazione si confonde, strumentalmente, il non impedire artificialmente la morte con il provocarla intenzionalmente e volutamente. Perché, sul piano morale, una cosa è il non impedire la morte, su richiesta della persona, attraverso il non inizio e/o la sospensione di terapie mediche di sostegno delle funzioni vitali, non curative; un'altra è, invece, provocare intenzionalmente la morte assecondandone la richiesta e così ponendola nelle condizioni di farla finita con una vita non più degna di essere vissuta. Saprà la deontologia medica non cadere in questo lapalissiano errore interpretativo e sapranno i medici coltivare ancora la speranza della persuasione umana? Conto di sì e mi auguro che i professionisti facciano

¹⁰ Cfr. A. DAMASIO, *Il sé viene alla mente*, Milano, Adelphi, 2012. L'Autore, nelle dense pagine di questa *summa* della sua ricerca trentennale, affronta il tema neuro-biologico della coscienza che non è solo un mero stato di veglia (p. 13) ma il risultato dell'omeostasi profonda tra le nostre diverse interconnessioni determinate dallo stato di veglia, dalla mente e dal sé (p. 304) per poi analizzarlo anche nelle relazioni di riconoscimento con l'altro sostenute dai neuroni specchio.

finalmente sentire la loro voce e portare le loro idee sottoponendole al dibattito pubblico non già sulla base di pregiudiziali ideologiche ma nel solo interesse delle persone, specie di quelle più fragili e vulnerabili. E sapranno, parimenti, le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale organizzarsi secondo i canoni indicati dal giudice costituzionale per favorire il sostegno attivo dei possibili candidati al suicidio assistito contrastando il possibile fiorire di agenzie commerciali pronte a tutto quando c'è di mezzo il ricavo e gli interessi economici? Ne sono, purtroppo, meno sicuro, anche se dovremmo responsabilmente impegnarci in questa direzione portando alla discussione pubblica le nostre proposte e così costringendo le *leadership* aziendali a prendere una posizione chiara e precisa senza abbandonare a loro stessi i professionisti e senza lasciarli in balia delle loro solitarie coscienze. Avendo anche l'organizzazione una coscienza di natura pubblica che dovrà essere finalmente resa evidente e dichiarata.

Non sarà sicuramente facile, ma bisogna comunque provarci perché lo dobbiamo alle persone che si rivolgono ancora con fiducia a chi cura, soprattutto a quelle più fragili, facilmente vulnerabili e quasi mai in grado di esercitare in piena autonomia i loro sacrosanti diritti.