Verso una deontologia che accompagni la libertà del morire

Guido Giustetto
Presidente dell'OMCeO Torino

Quando si parla di suicidio medicalmente assistito, il dibattito pubblico si accende. Tra questioni etiche, implicazioni giuridiche e sensibilità personali, c'è un attore fondamentale che raramente è al centro della scena, ma che ha il compito di orientare con chiarezza i professionisti della salute: il **Codice di deontologia medica**.

È questo il documento che stabilisce le regole del comportamento professionale del medico, la bussola etica della nostra professione. Eppure, quando ci chiediamo cosa dica il Codice in merito al suicidio assistito, la risposta è tutt'altro che semplice.

Il Codice attualmente in vigore, approvato nel maggio 2014, non affronta esplicitamente il tema del suicidio medicalmente assistito. Anzi, lo esclude in modo netto. All'**articolo 17** si legge "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte". Tale norma è stata poi integrata nel 2020 dagli indirizzi applicativi del medesimo articolo, ai sensi della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale.

E tuttavia, quello stesso Codice che vieta gli atti finalizzati a provocare la morte riconosce la piena legittimità deontologica del medico che accompagna il paziente nella rinuncia alle cure, condividendo con lui la scelta di lasciarsi morire. Una posizione che, per molti aspetti, anticipa la legge 219 del 2017 sul consenso informato e le dichiarazioni anticipate di trattamento.

Alla luce di questa apparente ambivalenza, la domanda che mi pongo è la seguente: le aperture del Codice in tema di rispetto dell'autonomia del paziente e di legittimità della rinuncia ai trattamenti possono estendersi anche all'aiuto medico al suicidio?

Dall'autodeterminazione alla legittimità del lasciar morire

Per provare a rispondere, ripercorro alcuni articoli chiave del nostro Codice di deontologia.

L'**articolo 3**, dedicato ai doveri generali del medico, introduce un termine cruciale: la libertà del paziente, accanto alla più classica dignità. È un elemento di novità che segna un cambio di paradigma nella relazione di cura.

L'**articolo 16** affronta il tema della proporzionalità degli interventi: "Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte". Una precisazione significativa, che sottolinea quanto fosse necessario distinguere tra lasciar morire e provocare la morte.

L'**articolo 20** descrive la relazione di cura come uno spazio di condivisione delle autonomie e di mutuo rispetto tra medico e paziente. L'**articolo 35** anticipa il tema delle dichiarazioni anticipate di trattamento, ripreso poi in altri articoli relativi all'assistenza ai pazienti con prognosi infausta.

Tutti questi elementi, presi nel loro insieme, disegnano un Codice fortemente orientato alla tutela dell'autodeterminazione del paziente e, al tempo stesso, alla protezione del medico che rispetta tale scelta.

Un ulteriore riferimento importante è l'**articolo 53**, sul rifiuto consapevole di alimentarsi. In occasione del caso Cospito,

è tornato alla ribalta per il principio che vi si afferma: "Il medico non assume iniziative costrittive né collabora a procedure coattive di alimentazione e/o di nutrizione artificiale".
La sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, che ha introdotto la possibilità – in casi specifici – di non punibilità per il medico che agevola il suicidio assistito, purché siano rispettate determinate condizioni, ha portato nel 2020 ad aggiornare il nostro codice, con una valorizzazione esplicita dell'autodeterminazione dell'individuo ed escludendo in tali circostanze la punibilità del medico anche sul versante disciplinare.
La vera questione, oggi, è allora la seguente: possiamo estendere la liceità deontologica del "lasciar morire" al "far morire"? Sul piano ideologico e culturale, la distanza tra le due azioni è rilevante. Per molti medici, considerare l'aiuto al suicidio come parte della cura non è affatto scontato.

La vera questione, oggi, è allora la seguente: possiamo estendere la liceità deontologica del lasciar morire al far morire?

Eppure, nei casi definiti dalla sentenza 242 della Corte Costituzionale, la differenza concreta tra le due opzioni può assottigliarsi: la volontà è sempre espressa dal paziente, il fine è il medesimo, così come l'esito. Ciò che cambia è il ruolo attivo del medico al quale, di conseguenza, va garantita la possibilità di esercitare l'obiezione di coscienza.
Ma ciò che conta davvero, a mio avviso, è che si offre alla persona uno spazio più ampio di libertà che include anche il "come, quando, dove e con chi" morire con un'interpretazione profonda del significato della parola "libertà" richiamata nell'articolo 3 del Codice.

Foto di Eugene Golovesov / CC BY

Il senso delle parole, il senso della qualità della vita

C'è infatti un punto che merita attenzione: il significato che attribuiamo alle parole che usiamo nei codici e nei dibattiti. Prendiamo ad esempio l'espressione "tutela della vita": spesso la interpretiamo come difesa della vita biologica. Ma non potremmo invece riferirla anche alla vita biografica, soggettiva, narrata dalla persona stessa?

Allo stesso modo, quando nell'**articolo 16** si parla di "interventi eticamente non proporzionati per un miglioramento della qualità della vita", come si decide la proporzionalità? E rispetto a quale qualità? Se consideriamo la qualità della vita come un valore soggettivo, allora la proporzionalità non riguarda solo il singolo atto medico, ma la coerenza dell'intero percorso di cura con il senso che la persona attribuisce alla propria esistenza.

C'è un punto che merita attenzione: il significato che attribuiamo alle parole che usiamo nei codici e nei dibattiti

Personalmente – e parlo non in qualità di presidente di Ordine, ma come medico – non vedo ostacoli irremovibili, sul piano deontologico, all'accettazione del suicidio assistito. La revisione attualmente in corso del Codice di deontologia medica potrebbe rappresentare un'occasione preziosa per affrontare questa complessità, alla luce dei valori che già il Codice stesso ha saputo affermare con forza: il rispetto, la dignità e, soprattutto, la libertà della persona.

Foto di Luca Luperto / CC BY

PER APPROFONDIRE

Cosa dice il Codice di deontologia medica?

Art. 3 | Doveri generali e competenze del medico
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. Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca. La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice.

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.
Indirizzi applicativi dell'art. 17 – "atti finalizzati a provocare la morte" e correlati, ai sensi della sentenza 24/19 della corte costituzionale
La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), 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.

Art. 20 | Relazione di cura
La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

Art. 35 | Consenso e dissenso informato
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.

Art. 38 | 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.

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.

Art. 53 | Rifiuto consapevole di alimentarsi
Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.