

Etica pubblica come impegno nella comunità

1. Premessa e delimitazione del tema 2. Il cammino costituzionale della dignità della persona: verso una vita degna di essere vissuta 3. Alcune tappe recenti del “diritto” alla dignità. 3.1 La pronuncia della Corte Costituzionale sul suicidio assistito 3.2 Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) 4. Conclusioni: etica professionale e pubblica

1. Premessa e delimitazione del tema

“Il termine ‘libertà’ ha notoriamente molti sensi, ma forse il tipo di libertà più accessibile, più goduto soggettivamente e più utile al consorzio umano, coincide con l’essere competenti nel proprio lavoro, e quindi nel provare piacere a svolgerlo”

Primo Levi, *La chiave a stella*, Torino, Einaudi, 1978, p. 163

L’amore per il proprio lavoro, il sentimento di orgoglio per un’opera ben fatta di cui ci parla Primo Levi ne *La chiave a stella* mette in evidenza il valore sociale e politico del lavoro¹ e delle prestazioni professionali, che si aggiunge, conducendoci così al tema che ci occupa quest’oggi, al suo connotato etico di collaborazione alla costituzione del bene comune, svolgendo, “secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società” secondo l’articolo 4, comma 2 della Costituzione.

Il mio ringraziamento per l’invito al vostro convegno è affidato essenzialmente a una riflessione di fondo: il tema dell’etica pubblica è un naturale settore di confronto tra “saperi”; lo è in particolare tra medici e giuristi, perché salute e dignità delle persone sono al centro dell’attività medica e sanitaria e, al tempo stesso, costituiscono i due principali diritti della persona, da sempre etichettati come “fondamentali”, che i giudici

¹ Sul punto si veda G. Zagrebelsky, *Fondata sul lavoro*, testo della *lectio magistralis* tenuta a Torino il 2 febbraio 2013 e disponibile su https://www.repubblica.it/speciali/repubblica-delle-idee/anteprima-torino2013/2013/02/02/news/zagrebelsky_fondata_sul_lavoro-51757733/ e, per una discussione più ampia, dello stesso autore *Fondata sul lavoro. La solitudine dell’articolo 1*, Torino, Einaudi, 2013.

sono chiamati a garantire. Diritti che costituiscono l'oggetto di prestazioni che l'amministrazione pubblica ha il dovere di assicurare e che il giudice deve salvaguardare in forza di principi di diretta derivazione costituzionale.

Salute e dignità della persona appartengono dunque alla cultura giuridica, e della giurisdizione in particolare, e alla cultura sanitaria, e quindi di voi medici.

Perciò il confronto tra saperi in questo settore è, non solo proficuo, ma indispensabile, perché contribuisce a costruire un umanesimo integrato in una società plurale, e oltremodo complessa.

C'è un tema di fondo in ogni società, cui nessuna "parte" della comunità che vi vive può sottrarsi: è il discorso dell'etica pubblica.

Max Weber, nel celebre saggio *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo* (1905), evidenzia come l'etica pubblica della civiltà capitalistica si basi sul concetto di dovere professionale, dunque sul legame che l'individuo sente nei confronti della sua professione, come inserita nella comunità.

L'etica pubblica può dunque dirsi caratterizzata dal rapporto che lega l'interesse del singolo individuo a quello generale della comunità politica di appartenenza. Nasce dall'incontro tra l'etica e la sfera pubblica e denota, in qualche modo, "la moralità delle istituzioni" (per parafrasare il libro di Sebastiano Maffettone, che parla di etica pubblica come "forma di autocomprensione critica e collettiva" di una società o meglio di una comunità²).

Ho fatto riferimento all'etica –che non è frutto di un discorso semplicemente morale e men che mai moralistico. E ho fatto riferimento all'etica pubblica, cioè a quel complesso di doveri che dovrebbero informare i comportamenti di tutti coloro che rivestano funzioni pubbliche o al servizio degli altri: in un'accezione quindi non solo

² La definizione si deve a S. Maffettone ed è presente in *Etica pubblica. La moralità delle istituzioni nel terzo millennio*, Il Saggiatore, Milano, 2001 come riportata in D. Sisto, *Etica pubblica*, in *Lessico di etica pubblica* disponibile su <http://www.eticapubblica.it/wp-content/uploads/2014/10/ETICA-PUBBLICA-Sisto.pdf>

in senso negativo come astensione da comportamenti illeciti, ma in senso pro-attivo come impegno nella comunità ciascuno per il proprio ruolo.

Questa materia vede contrapporsi interessi giuridici tutelati diversi fra loro e diverse visioni della società e della persona, ma acquistano un ruolo centrale il valore della dignità della persona, cui dovrebbero ispirarsi sia il giudice che legislatore (art. 2 e 3 ma anche 32 Cost.), e il faro dell'etica pubblica che dovrebbe guidare l'operato di ognuno.

Vorrei quindi ripercorrere le fasi fondamentali del cammino della idea di dignità della persona nell'ordinamento giuridico per poi soffermarmi su due controverse tappe recenti della concretizzazione di questo principio nel settore sanitario: la pronuncia della Corte Costituzionale sul suicidio assistito (25.9.2019) e la vicenda legata alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Tali episodi vengono in rilievo anche per la funzione di supplenza che il giudice si è spesso trovato a compiere nei confronti del legislatore su questi temi che permetterà di svolgere qualche breve, quanto opinabile, conclusione finale anche su quel contributo "ciascuno per il proprio ruolo" a cui accennavo poc'anzi e sul necessario bilanciamento fra le esigenze della collettività e la coscienza professionale del medico e dell'operatore sanitario, al servizio di quella collettività.

2. Il cammino costituzionale della dignità della persona: verso una vita degna di essere vissuta

Come è stato efficacemente osservato (S. Rodotà) "la dignità si presenta come un ineludibile denominatore comune, disegna, insieme, un nuovo statuto della persona e un nuovo quadro dei doveri costituzionali. Sul terreno dei principi questo è il vero lascito del costituzionalismo del dopoguerra. Se la <rivoluzione dell'eguaglianza> era stato il connotato della modernità, la <rivoluzione della dignità> segna un tempo

nuovo, è figlia del Novecento tragico, apre l'era del rapporto tra persona, scienza, tecnologia"³.

La dignità, dunque, è al centro del "diritto ad avere diritti". La Costituzione italiana si colloca nell'alveo della Dichiarazione ONU del 1948 che nel Preambolo enuncia "il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana (...) costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo". Nelle costituzioni la dignità è richiamata come limite all'esercizio dei diritti talvolta, altre volte è alla base dell'ordinamento costituzionale complessivo. Nella legge fondamentale tedesca del 1949 "la dignità umana è intangibile" e "è dovere di ogni potere statale rispettarla e proteggerla". Pertanto, è una dote della natura umana o conseguenza di un processo di realizzazione della propria personalità, in un bilanciamento tra dignità e altri diritti fondamentali.

Ma la dignità oggi è il parametro di riferimento in molti settori e in molti Paesi. Nella giurisprudenza di *common law* oggi si ammette la centralità del tema dell'*homo dignus* (Rodotà⁴) ed il suo percorso è continuato fino ad approdare alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000 che, aprendosi proprio all'insegna della dignità, riproduce quasi alla lettera il primo articolo della Costituzione tedesca.

La Costituzione italiana fa esplicito riferimento alla dignità (agli artt. 3, 36 (esistenza libera e dignitosa di chi lavora e della sua famiglia), 41 (l'iniziativa economica privata è libera e non può svolgersi ...in modo da recare dannoalla dignità umana) e, per l'argomento che ci occupa, la richiama espressamente all'art. 32, ponendola come limite ai trattamenti sanitari.

Ma la dignità è una clausola costituzionale aperta: formula portante della Carta e riassuntiva di una costellazione di diritti, ha due caratteristiche:

³ S. Rodotà, *Antropologia dell'homo dignus*, lezione tenuta nell'Aula Magna dell'Università di Macerata il 6 ottobre 2010 in occasione del conferimento della laurea *honoris causa*

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwja7_zoldXlAhXoMewKHa4bCoEQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.italianieuropei.it%2Fit%2Fdocumenti%2Fitem%2Fdownload%2F6.html&usg=AOvVaw1FVrKknOiVp0usD1kTvP33

⁴ S. Rodotà *Il diritto di avere diritti*, Bari Laterza, 2012

- a) ha un contenuto mutevole, che può evolvere a seconda del comune sentire della società, consentendo di includere nella dignità concetti e valori originariamente non presenti o non (ri)conosciuti all'epoca della Costituente;
- b) costituisce il parametro di riferimento di diritti identitari (es. di genere) e di importanti temi etici che analizzeremo di seguito: diritto all'esistenza, il fine-vita e il cd. testamento biologico, le disposizioni anticipate di trattamento.

Come ci ricorda sempre Primo Levi “per vivere occorre un'identità, ossia una dignità. Senza dignità l'identità è povera, diventa ambigua, può essere manipolata”. La dignità della persona, dunque, costituisce il baluardo fondamentale nelle decisioni critiche che varie categorie professionali – e tra queste la mia e la vostra – sono chiamate ad assumere, un principio informatore e un valore costituzionale da considerare come stella polare per le scelte delle professioni sanitarie in particolare a cui si unisce il faro dell'etica nella doppia declinazione professionale e pubblica.

3. Alcune “tappe” recenti del “diritto” alla dignità.

3.1. La pronuncia della Corte Costituzionale sul suicidio assistito

Il 25 settembre scorso, la Corte Costituzionale, in attesa del Parlamento, si è pronunciata sul tema del cd. suicidio assistito.

La vicenda è a tutti nota. L'intervento dei giudici costituzionali trae origine dai dubbi di legittimità sollevati, con l'ordinanza del 14 febbraio 2018⁵, dalla Corte di Assise di Milano nell'ambito del processo a carico di Marco Cappato, imputato, con riferimento alla morte di Fabiano Antoniani (dj Fabo), sia per averne rafforzato il proposito suicida sia per averne materialmente agevolato l'esecuzione.

⁵ Sull'ordinanza della Corte di Assise di Milano si veda la nota 3 del commento *Il caso Cappato, l'incostituzionalità differita e la dignità nell'autodeterminazione alla morte* in *Diritto penale contemporaneo*, 2018 https://www.penalecontemporaneo.it/d/6357-il-caso-cappato-l-incostituzionalita-differita-e-la-dignita-nell-autodeterminazione-alla-morte#_ftn3

Esaminando le questioni sollevate dalla Corte d'Assise di Milano sull'articolo 580 del Codice penale riguardanti la punibilità dell'aiuto al suicidio di chi sia già determinato a togliersi la vita, la Corte – si legge nel comunicato stampa in attesa del deposito della sentenza – “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 Corte sottolinea che l'individuazione di queste specifiche condizioni e modalità procedurali, 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”⁶.

In quell'ordinanza, il giudice delle leggi, dopo aver sottolineato “che l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti”, aveva deciso di rinviare la decisione di circa un anno per “consentire in primo luogo al Parlamento di intervenire con un'appropriata disciplina”⁷.

⁶ Comunicato stampa del 25.9.2019 disponibile all'indirizzo https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20190925200514.pdf come successivamente rettificato

https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20190925200514.pdf

⁷ L'ordinanza, così come numerosi commenti alla stessa sono disponibili all'indirizzo <http://www.giurcost.org/decisioni/2018/0207o-18.html>

Il giudice delle leggi, dunque, un anno fa sottolineava *de iure condendo* la necessità che una eventuale regolamentazione del suicidio assistito e dell'eutanasia attiva, nel nostro ordinamento, prevedesse nella procedimentalizzazione di questa pratica medicalizzata, attraverso adeguati protocolli sanitari, e nella sua erogazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale, i suoi punti di forza, a tutela dei soggetti più vulnerabili che, a cagione della loro malattia, potrebbero essere indotti alla decisione tragica di rifiutare le cure non per un percorso decisionale autonomo, ma per induzione di soggetti non disinteressati alle loro sorti o, ancor peggio, per l'abbandono e per l'indifferenza delle strutture sociosanitarie pubbliche, venute meno al loro indefettibile obbligo solidaristico (art. 2 Cost.) proprio nei confronti dei soggetti più deboli.

La Corte Costituzionale aveva chiarito come l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non sia ritenuta di per sé incompatibile con la Costituzione “trovando essa una perdurante giustificazione (anche nell'ipotesi di chi ne agevoli in qualsiasi modo l'esecuzione) nella finalità di proteggere il soggetto da decisioni in suo danno creando intorno al soggetto debole una sorta di cintura protettiva”. Tuttavia, la stessa Corte aveva riconosciuto che non si può non tenere conto di 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”, nelle quali l'incriminazione al suicidio entra in contrasto con i principi costituzionali, mettendo in discussione “le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio” E ancora, prosegue la Corte “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, co. 2, Cost.”⁸..

⁸ Così C. Cupelli, Il caso Cappato, l'incostituzionalità differita e la dignità nell'autodeterminazione alla morte, 2018 in <https://www.penalecontemporaneo.it/d/6357-il-caso-cappato-l-incostituzionalita-differita-e-la-dignita-nell-autodeterminazione-alla-morte>

Sotto questo profilo occorre considerare, infatti, che il diritto alla salute, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, non ha solo una connotazione pubblicistica quale interesse della collettività ma anche una fondamentale connotazione privatistica, quale diritto fondamentale della persona e può incontrare, nella gerarchia mobile dei valori costituzionali, adattamenti in relazione a situazioni riferite a soggetti lesi irreparabilmente nel proprio diritto ad una vita degna di essere vissuta.

3.2 Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Un altro tema legato al profilo della dignità è correlato alla legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento (n. 219/2017) che rappresenta un momento di svolta, per la storia del nostro ordinamento, non solo per il rapporto tra medico e paziente, ma più in generale per l'articolazione stessa del concetto di dignità della persona, quale valore supremo nella gerarchia dei valori costituzionali, anche in rapporto alle scelte sul fine-vita.

Quella svolta però è stata tradita dal momento dell'attuazione della legge.

Riepiloghiamo i passaggi.

La questione del cd. testamento biologico era ben nota anche al giudice amministrativo che si era occupato del caso di Eluana Englaro.

In quella circostanza, il g.a., dapprima, aveva dichiarato l'illegittimità del diniego opposto dalla Regione Lombardia al ricovero della ragazza in una struttura pubblica per effettuare il distacco del sondino nasogastrico (con la sentenza n. 4460 del 2014), in attuazione del diritto riconosciuto dalla Cassazione (nella sentenza n. 21748 del 2007). Successivamente, con altra sentenza (n. 3058 del 2017) aveva condannato la stessa Regione Lombardia al risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale, sofferto da lei e dai suoi parenti per la necessità di condurre la ragazza in una struttura sanitaria extraregionale al fine di vedere definitivamente realizzato il diritto a rifiutare le cure riconosciuto dal giudice ordinario. Con la sentenza della Terza sezione, 21

giugno 2017, n. 3058, il Consiglio di Stato ha, tra l'altro, precisato: *«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 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 di 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. Ciò posto, non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario. Esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche».*

Il rifiuto delle cure costituisce, dunque, anch'esso espressione del diritto alla salute (art. 32 Cost.) e, se si vuole, la manifestazione più forte, drammatica, ultima e ultimativa, di questo diritto, anche qualora schiuda la strada ad una morte certa o, comunque, rapida –in realtà, solo anticipata- per il paziente che, in modo libero e informato, decida di rifiutare cure salvavita o il trattamento sanitario di alimentazione e di idratazione artificiale.

La l. n. 219 del 2017, in vigore dal 31 gennaio 2018, tutela questo diritto fondamentale e il suo esercizio, anche nella sua declinazione negativa del rifiuto delle

cure, e prevede espressamente, nell'art. 2, comma 1, che a fronte di questo rifiuto 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.

Non vi è dubbio che tale disciplina implichi un difficile equilibrio tra due fondamentali valori e cioè, da un lato, l'autodeterminazione terapeutica del paziente, quale espressione del principio personalistico, e dall'altro la tutela dei soggetti più vulnerabili, quale espressione del principio solidaristico, che anche il medico è tenuto a realizzare.

Il bilanciamento tra principio personalistico e principio solidaristico chiama in causa, per la concreta realizzazione del diritto al rifiuto delle cure, l'organizzazione amministrativa e, in particolare, il Servizio Sanitario Nazionale con le sue strutture.

Mai forse come in riferimento a questo delicatissimo versante del rapporto tra cittadino e organizzazione amministrativa, legate da un inscindibile rapporto di mutua implicazione, si verifica nella pratica come il diritto amministrativo sia un diritto costituzionale "concretizzato", poiché la solenne affermazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, come ha dimostrato il caso di Eluana Englaro, trova il primo diretto interlocutore, il proprio terreno di elezione e, inevitabilmente, il proprio ambito di attuazione nella struttura sanitaria pubblica.

È stato bene osservato che come l'organizzazione amministrativa conforma l'esercizio del diritto alla salute così, per converso, l'esercizio del diritto fondamentale conforma, con un processo di reciproca osmosi, l'organizzazione amministrativa ed eleva gli standard qualitativi del servizio pubblico e, nel caso, i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) che, come è noto, devono essere uniformi sull'intero territorio nazionale.

Di qui emerge, sul piano sostanziale, il ruolo fondamentale del diritto amministrativo nell'attuazione concreta del diritto alla salute e, sul piano processuale,

il ruolo altrettanto fondamentale del giudice amministrativo nella tutela di questo diritto, anche a fronte di scelte radicali, come quelle di rifiutare le cure.

Quanto all'attuazione della nuova disciplina della l. 219 del 2017, peraltro, lo stesso Consiglio di Stato in sede consultiva, con il parere n. 1991 del 31 luglio 2018, ha privilegiato una interpretazione di essa che ne valorizzi, per la sua fondamentale importanza, la massima operatività.

Il parere n. 1991 del 2018⁹ si sofferma, in particolare, sul bilanciamento tra la libertà del paziente e l'intervento del medico e si concentra soprattutto sul nuovo istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

L'istituto delle DAT consiste, in altri termini, nell'espressione della volontà della persona fisica maggiorenne che enuncia, in un momento in cui è capace di intendere e di volere, i propri orientamenti sul "fine vita", in merito ai trattamenti sanitari, agli accertamenti diagnostici o alle scelte terapeutiche che intende o non intende accertare, volontà, queste, di cui il medico è tenuto al rispetto, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, della l. n. 219 del 2017, nell'ipotesi in cui sopravvenga la perdita della capacità di intendere e di volere e l'interessato non sia più in grado di esprimere le proprie determinazioni acconsentendo o non acconsentendo alle cure proposte.

Posta di fronte alla «complessità del quadro normativo», la Commissione speciale si fa carico, nell'interpretare le disposizioni della l. n. 219 del 2017, di fornire una interpretazione capace di superare le difficoltà applicative della l. n. 219 del 2017 e di non «vanificare la rilevante portata innovativa delle relative disposizioni».

Il Consiglio di Stato, in particolare, ha raccomandato di istituire una Banca dati nazionale delle DAT che dovrebbe svolgere l'importante compito di dare attuazione ai principî costituzionali raccogliendo le DAT e consentendo, in tal modo, di conoscerle a livello nazionale e di non restringerne la conoscibilità soltanto al luogo in cui sono state rese.

⁹ <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=65104&parte=1%20&serie=null>

Né va trascurato come, secondo il Consiglio di Stato, «vada mantenuta la possibilità di rendere le DAT senza un particolare vincolo di contenuto», in quanto «l'interessato deve poter scegliere di limitarle solo ad una particolare malattia, di estenderle a tutte le future malattie, di nominare il fiduciario o di non nominarlo, etc.».

In questo quadro giuridico, solo la più completa formazione e la più ampia informazione del personale medico e infermieristico, la più efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, come anche l'efficace approntamento del registro nazionale sono chiamati a svolgere un ruolo fondamentale nella concreta attuazione delle nuove norme, a dimostrazione, ancora una volta, della strettissima, inestricabile, interrelazione tra diritti fondamentali ed organizzazione amministrativa.

Ciò non è ancora avvenuto.

Accanto alla legge 219/2017 la legge di bilancio per il 2018 (27 dicembre 2017 n. 205) aveva previsto (ai commi 418 e 419 dell'art. 1) e finanziato l'istituzione presso il Ministero della salute di una Banca dati destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Eppure a più di un anno non è ancora avvenuta l'emanazione (che secondo la legge di bilancio 2018 doveva avvenire entro il 30 giugno 2018) del decreto per l'istituzione del registro, fatto che compromette il diritto dei cittadini a rendere noto ai sanitari il proprio testamento biologico. Il 25 luglio scorso è giunto anche il parere favorevole dalla Conferenza Stato-Regioni sulla bozza di decreto previsto per legge e avverso l'inerzia del Ministero della Salute è stato proposto ricorso al Tar per il Lazio che ha fissato l'udienza al 16 dicembre prossimo. Entro la stessa data, il Ministro della salute Speranza, rispondendo alla Camera ad un'interrogazione a risposta immediata, si è impegnato ed emanare il relativo decreto che dovrebbe mettere fine ad una vicenda durata due anni¹⁰. Ciò è ormai reso possibile dall'emanazione del relativo parere del Consiglio di Stato, in data 15 novembre 2019, n. 2892.

¹⁰ <https://www.camera.it/leg18/410?idSeduta=0240&tipo=stenografico#>

4. Conclusioni: etica professionale ed etica pubblica pubblica

Volgendo alle conclusioni e, in particolare, al rapporto fra etica professionale ed etica pubblica e fra codici deontologici e norme e su come assicurare al più alto grado una vita degna di essere vissuta, vorrei richiamare le posizioni delle associazioni di categoria come riportate nel documento “Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito” di luglio 2019 del comitato Nazionale per la Bioetica.

In quel documento si legge che “l’Associazione Medica Mondiale riafferma il suo forte convincimento che l’eutanasia si pone in conflitto con i principi etici fondamentali della pratica medica, e la Associazione Medica Mondiale 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. (...) Questa prospettiva è riaffermata dal Codice di deontologia medica (2014), 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”. La posizione è ribadita anche dal documento conclusivo dei lavori della Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO del marzo 2019, la cui relazione di accompagnamento, pure, ammette 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”. Lo stesso documento, tuttavia, non può non riconoscere che esiste un’altra posizione storicamente più recente che “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 nocimento e di diminuire il dolore.

In altri casi, inoltre, più che ad evitare sofferenze, la richiesta di essere aiutati a morire nasce dalla scelta autonoma di una persona che vuole evitare la perdita di dignità che l'evoluzione della malattia può comportare.

Anche in questa prospettiva si osserva che la medicina non è una mera attività tecnica e neutrale, ma è pratica informata a un'etica che privilegia sia il rispetto dell'autonomia dell'interessato, sia la lotta alle sue sofferenze, sia la tutela di un vivere che per l'interessato ha perso dignità. I codici deontologici dell'Olanda, del Belgio e del Canada hanno recepito questa prospettiva che viene proposta come alternativa¹¹.

Come coniugare le posizioni delle associazioni professionali più intransigenti con le norme?

In questo senso, viene in soccorso l'etica pubblica per impedire ai professionisti di chiudersi nelle technicalità del "mestiere" senza guardare alla loro collocazione nella società; anzi nella comunità, termine che meglio dà l'idea di un luogo di persone che vogliono vivere insieme, nell'accezione sociologica della nota contrapposizione di Ferdinand Tonnies tra *Gesellschaft* e *Gemeinschaft* (1887). Tendenza particolarmente grave se riferita alle professioni sanitarie che si collocano nello snodo tra salute dell'individuo e salvaguardia della dignità della persona.

¹¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato nazionale di bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, 18 luglio 2019, pp. 16-17, disponibile su <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7897709.pdf>

Per ogni individuo che appartenga a una comunità –quindi per medici e personale sanitario, così come accade per i giudici- penso che rispondere a principi etici non consenta sempre di rispondere unicamente alla propria coscienza ma richieda, proprio come avviene per il dovere di terzietà del giudice e per la sua soggezione “soltanto” alla legge, un processo di neutralizzazione delle proprie concezioni (soggettive e sostanziali) del bene morale, un distacco dalle proprie esperienze vitali, una terzietà, una indipendenza sostanziale di conciliare, nel proprio comportamento, universale e particolare, soggettivo e oggettivo. Riguardata sotto tale profilo, l’etica pubblica non è altro che un superamento delle concezioni soggettive del bene, una ricerca spassionata ed appassionata insieme, del fondamento del bene comune in una società caratterizzata da pluralismo dei valori. Valori che trovano la loro formalizzazione nella Carta costituzionale, che è il valore fondante di una comunità civile, e che costituisce il momento di soluzione di sempre possibili conflitti tra doveri deontologici di categoria e doveri di etica pubblica, cui devono sottostare tutti coloro che siano parte di una comunità che in quel Patto, e quindi in quei valori, intenda riconoscersi. C’è quindi un discorso etico di fondo, che riguarda la vostra categoria ma direi, oggi più che mai, tutti e che si deve avere il coraggio di porre al centro della nostra riflessione di oggi e della nostra azione di domani.

Filippo Patroni Griffi

Presidente del Consiglio di Stato

Publicato il 22 novembre 2019