

Aiuto medico a morire: “obiezione di coscienza” o “scelte in coscienza”?

Paolo Benciolini

Già Professore ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Padova. Mail: paolo@benciolini.it.

Questo contributo si propone di approfondire, condividendone l'impostazione, alcune questioni relative alla partecipazione dei professionisti sanitari alla “procedura di accesso” come delineata dagli articoli 2-6 della “prova di testo normativo”, con riferimento agli eventuali problemi di “coscienza” degli stessi, così come presi in esame dagli artt. 5 e 6. Nella prospettiva di una regolamentazione normativa dell'aiuto medico a morire (comprendente sia il suicidio assistito che l' “eutanasia”), quale spazio per la “coscienza” degli operatori sanitari coinvolti?

Va, in primo luogo, chiarito che la questione si pone esclusivamente per le “prestazioni” di cui all'art. 4. Infatti, tutti gli operatori coinvolti nelle procedure di cui ai articoli precedenti sono richiesti di svolgere un ruolo basato o su un rapporto di fiducia (art. 2) o sulla propria competenza tecnico-specialistica (art. 3).

Come affrontare, dunque, gli eventuali problemi di coscienza di chi venisse richiesto di “attuare l'assistenza concordata con il paziente” (art. 4, co.3)?

La prima ipotesi che poteva essere prese in esame era, ovviamente, quella di introdurre anche in tema di aiuto medico a morire la previsione normativa della “obiezione di coscienza”, come del resto è avvenuto nel (ora decaduto) ddl Bazzoli sul suicidio assistito, che aveva pedissequamente ripreso le indicazioni della legge n. 194/78, in tema di interruzione volontaria della gravidanza.

Non vi è dubbio che tra le questioni bioetiche e di biodiritto relative agli interventi sanitari all'inizio e quelle che attengono alla fine della vita esistono rilevanti analogie. Oltre alle rispettive ipotesi delittuose, va ricordata la più che bimillennaria tradizione deontologica per la quale sia l'aborto che l'eutanasia erano state costantemente considerate prestazioni mediche gravemente censurabili. Ma anche quando è stata introdotta una previsione normativa di segno diverso (per il primo con la legge 194, per il fine vita con l'intervento della Corte Costituzionale in tema di aiuto al suicidio), pur essendo intervenuto un adeguamento dei rispettivi riferimenti contenuti nel testo del codice di deontologia medica, proprio per quanto attiene alle questioni di “fine-vita” le modifiche introdotte sono state da alcuni considerate inadeguate come pure è stato ritenuto insufficiente il richiamo al principio generale (art. 22) che prevede il “rifiuto della propria opera” quando “vengano richieste prestazioni che contrastino con la propria coscienza”. Da più parti (e non solo in ambito sanitario) si è richiesto (e si richiede ancor oggi, specie nella concreta prospettiva di una norma sulla “eutanasia”) che anche in relazione alle disposizioni legislative sui temi del “fine-vita” il legislatore provveda ad una specifica previsione della “obiezione di coscienza”.

Anche a parere di chi scrive, tuttavia, il punto di partenza per affrontare adeguatamente l'esigenza di dare attuazione alle norme sull'aiuto medico a morire nel rispetto della coscienza degli operatori chiamati ad applicarla dovrebbe consistere nel superamento della formula “obiezione di coscienza”, che, almeno in ambito sanitario, è andata logorandosi, anche culturalmente, nel tempo, ma che già fin dalle prime applicazioni della legge 194 non raramente è stata travisata. E considerando anche la sua difficile

attuazione, per la frequente e diffusa mancanza di “non obiettori”.

A favore di una più meditata e personale attenzione a “scelte in coscienza”, particolarmente interessante (e giustificata) appare la mancata previsione della “obiezione di coscienza” nella legge n. 219/2017, che rimanda ad una attenta riflessione (personale e di equipe) sulle scelte ispirate dal caso concreto¹. Così come va ricordato che in tema di suicidio medicalmente assistito la sentenza della Corte costituzionale n. 242/19, escludendo la «punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici», dichiara che «resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, ad esaudire la richiesta del malato».

Occorre dunque soffermarsi sul valore della coscienza personale per un confronto serio e sereno con le situazioni esistenziali che l’applicazione della (auspicabile) normativa sul fine vita (che non potrà comunque ignorare le indicazioni della Corte costituzionale) dovrebbe proporre. In altri termini: pervenire a “scelte in coscienza”, per poter esprimere (e dichiarare, anche formalmente – art. 5) la propria disponibilità.

La logica della “obiezione di coscienza” in ambito sanitario è il rifiuto categorico di una prestazione prevista dalla legge, la logica delle “scelte in coscienza” è invece quella della disponibilità a considerare con attenzione la norma che, in questo caso, comporta l’esame della richiesta del paziente e valutarne, dinnanzi alla propria coscienza, la possibilità di attuazione nel caso concreto mediante il personale intervento professionale.

¹ Rinvio a P. BENCIOLINI, “Obiezione di coscienza “?, in *Nuova giur.civ.comm.*, II, 2015, 3 ss. e Id., *Obiezione di coscienza alle DAT? Ordinamento deontologico e*

Per consentire un tale atteggiamento responsabile è tuttavia necessaria una adeguata formazione.

Perché non approfittare del tempo oggi disponibile (anche a causa della rilevante svolta politica di questi mesi, che certamente non favorirà una ripresa a breve scadenza delle iniziative parlamentari) per elaborare questa diversa formulazione della questione attinente al rispetto della “coscienza”, che consenta di temperare le esigenze etico-deontologiche dei professionisti sanitari con la necessità di rendere operativa la norma?

Nel tempo che ci attende vanno dunque proposte ed intensificate iniziative che, con metodologie adeguate, contribuiscano a formare i professionisti sanitari sui diversi temi che riguardano le situazioni del fine-vita. Si tratta di previsioni già contenute nell’art. 1 co. 9 e 10 della legge 219/2017 per quanto riguarda il consenso e le disposizioni anticipate di trattamento ma che possono essere fin d’ora riproposte per il suicidio assistito ed estese anche alle situazioni in cui la richiesta di aiuto medico a morire dovesse comportare un intervento “diretto”. Sotto quest’ultimo profilo, pur in mancanza di specifiche indicazioni sulle possibili cause di giustificazione di tali interventi, chi scrive conviene che esse vadano ormai considerate nella medesima prospettiva del suicidio assistito e che, dunque, le condizioni di non punibilità per tale fattispecie indicate della Corte costituzionale possano essere estese anche agli interventi “diretti.” È infatti difficile pensare – a partire dal profilo etico – ad una differenza sostanziale tra chi, constatata la presenza di gravi patologie e la incapacità del paziente, consapevole di “tollerare” la propria condizione, lo “aiuta” a morire fornendogli il

ordinamento statale, in *Nuove leggi civ.comm.*, 2019, 153 ss.



farmaco e chi lo “aiuta” a morire provocandogli direttamente la morte. Il caso emblematico (ma che non può essere considerato a parte, come una “eccezione che conferma la regola”) è quello del paziente incapace fisicamente di compiere gli atti necessari per il suicidio.

Una formazione, dunque, che non solo consenta di cogliere gli aspetti tecnico-organizzativi della procedura, ma anche di percepirne le implicanze etiche e soprattutto in grado di mettere in discussione le proprie motivazioni personali, specie qualora aprioristicamente orientate a rifiutare la richiesta del paziente di essere aiutato a morire. Una formazione, inoltre, non limitata solo a chi potrebbe essere chiamato ad effettuare gli “interventi”, ma estesa anche ai componenti delle équipes comunque coinvolte nella complessiva procedura. Senza ignorare l’importanza di avviare fin d’ora una sensibilizzazione su questi temi rivolta a tutti gli altri professionisti sanitari e agli stessi studenti.

Nelle iniziative di formazione, un primo spunto per una corretta valutazione delle implicanze etiche degli interventi di “aiuto medico a morire” dovrà considerare l’oggetto della “obiezione”. Sotto tale profilo andrà evidenziato che non esiste alcuna analogia tra gli interventi sanitari ai due estremi della vita: nel caso dell’aborto chi obietta intende negare il diritto della donna di sopprimere, nei casi previsti dalla legge, il prodotto del concepimento, un essere inerme, distinto dalla donna che lo richiede. Nel caso, invece, degli interventi sul “fine-vita” l’eventuale rifiuto di intervenire significherebbe non accogliere la decisione di una persona consapevole di porre fine alla propria vita mediante il suicidio assistito o l’intervento diretto nei casi previsti dalla relativa normativa.

Un ulteriore spunto dovrà riguardare la conoscenza del particolare vissuto di chi chiede di porre termine alla propria esistenza per una

patologa da lui considerata “intollerabile”. Sotto tale profilo, l’esperienza dei comitati etici per la pratica clinica (ma anche quella di cui possono essere portatori specialisti quali intensivisti e palliativisti), potrebbe risultare particolarmente preziosa per proporre, a titolo esemplificativo, situazioni esistenziali concrete in ordine alle quali confrontarsi per la verifica delle condizioni previste dalla Corte Costituzionale e interrogarsi sul personale modo di reagire e orientare le proprie scelte etiche. Richiamando, anche, le fondamentali indicazioni della legge 219/2017 in tema di decisioni responsabili da parte del paziente.

Senza, dunque, ricorrere alla necessità di una (rigida) previsione normativa della “obiezione di coscienza”, le prospettive che si aprono con una tale formazione dovrebbero consentire alle strutture sanitarie competenti di poter fare riferimento a medici (e l’altro personale necessario) disponibili (art. 5, co. 1) a realizzare la procedura di aiuto medico a morire a seguito di una personale meditata scelta “in coscienza”.

Una previsione “utopistica”? In realtà essa si inquadra nello spirito del “diritto gentile”, che intende promuovere uno stile degli operatori ispirato a una responsabile attenzione alla richiesta e al vissuto della persona ammalata. Senza escludere la possibilità di rivedere, in taluni casi, la propria scelta, ritirando la disponibilità (art. 5, co. 2).

Riproporre per il “fine-vita” la logica della “obiezione di coscienza” significherebbe vanificare le finalità di una normativa che si vorrebbe volta a valorizzare positivamente l’aiuto medico a morire, costringendo la struttura sanitaria, ove ve ne fosse bisogno, a ricorrere ad una soluzione organizzativa quale la “mobilità del personale” da altre aziende. Si tratta di una formula prevista dalla legge n. 194/78 e che, per la verità, viene ora considerata anche nella “prova di testo normativo” elaborata dal Gruppo di lavoro “un

Diritto Gentile” (art. 6, co. 3). Una procedura certamente inevitabile nei casi estremi, ma – ad avviso di chi scrive – pur sempre esposta al rischio di non consentire il formarsi dell’indispensabile (anche in queste situazioni!) rapporto di fiducia tra medico e persona ammalata.

Esistono ulteriori e diverse soluzioni organizzative? Sul punto si rinvia all’ampia rassegna di Lucia Busatta² per l’analogia questione sollevata nella applicazione della legge 194/78. In realtà, e proprio in base a tale esperienza (che si protrae ormai da oltre quarant’anni) è difficile immaginarne altre. Va poi rilevato che qualche perplessità susciterebbe – anche ad avviso di chi scrive – il ricorso a formule (già proposte per l’IVG) di incentivazione mediante assunzione riservata a medici “non obiettori”. In questo caso potrebbe

sussistere il rischio di subordinare la “coscienza personale” a scelte di comodo e, per la struttura sanitaria, il rischio di vedere vanificata la programmazione a seguito di successiva scelta del medico assunto di sollevare l’obiezione.

Condividere la proposta elaborata dal Gruppo “Per un diritto gentile” consentirebbe, invece, di abbandonare la logica della “obiezione di coscienza” e di agevolare l’attuazione della norma attraverso una adeguata formazione “sul campo” degli operatori sanitari, valorizzando una attenzione privilegiata ai valori (anche relazionali) ai quali ispirare la loro coscienza e, di conseguenza, anche le “scelte” di disponibilità professionale volte ad “attuare” l’assistenza concordata con il paziente.

² L. BUSATTA, *Insolubili aporie e responsabilità del SSN. Obiezione di coscienza e garanzia dei servizi per la*

interruzione volontaria di gravidanza, in *Rivista AIC*, 3, 2017, 1 ss.