

Il lungo anno dell'art. 580 cod. pen.: l'art. 17 Codice Deontologia Medica può precludere la partecipazione del medico ai suicidi assistiti?*

di Pier Francesco Bresciani**

(2 maggio 2019)

1. A metà dell'anno di tempo che l'ordinanza n. 207 del 2018 ha lasciato al Parlamento per rimediare all'irragionevole limitazione della libertà di autodeterminazione del malato (sofferente, non autonomo, ma capace di prendere decisioni libere e consapevoli) derivante dall'art. 580 cod. pen., la questione dell'aiuto al suicidio è risalita agli onori della cronaca per un [parere diffuso lo scorso 23 marzo dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri \(FNOMCeO\)](#). In tale documento la FNOMCeO conclude che *«il Codice di Deontologia Medica, nella sua formulazione attuale, impedisce al medico di effettuare e/o favorire atti finalizzati a provocare la morte del paziente»* (cfr. art. 17 CDM), con la conseguenza che anche *«ove il legislatore ritenga di modificare l'art. 580 c.p. e, quindi, di non ritenere più sussistente la punibilità del medico che agevoli "in qualsiasi modo l'esecuzione" del suicidio, restano valide e applicabili le regole deontologiche»*.

Questo breve scritto affronta la questione giuridica oggetto del parere a partire dall'ordinanza n. 207, mettendo in luce alcune criticità della posizione assunta dalla FNOMCeO che sembrano emergere da una sua analisi in una prospettiva di sistema.

2. In linea di principio, è vero che non si cade in contraddizione affermando (1) che l'agevolazione dell'altrui suicidio è (a certe condizioni) un comportamento non punibile e, allo stesso tempo, (2) che la medesima condotta costituisce illecito disciplinare, se realizzata da un medico nello svolgimento di attività professionale. La possibilità che una condotta irrilevante per l'ordinamento generale assuma rilievo in quello particolare, difatti, discende direttamente dalla parziale autonomia che è riconosciuta a quest'ultimo.

In seguito all'ordinanza n. 207, tuttavia, la condotta in questione non può essere considerata meramente "irrilevante" per l'ordinamento generale cosicché il ragionamento richiede di essere approfondito. La Corte costituzionale, infatti, ha qualificato la facoltà di accedere a trattamenti diretti a causare la morte come un'estrinsecazione della *«libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie [...] scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.»*, la quale comprende, appunto, anche *«quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze»* (dir., par. 9). In altre parole, la legittimità dell'aiuto al suicidio non dipende dal suo appartenere alla sfera del c.d. *agere licere*, ma trova – al ricorrere di certe condizioni – diretto fondamento in diritti costituzionalmente garantiti (libertà personale e diritto alla salute).

La riconduzione del suicidio assistito al campo di applicazione dell'art. 32 Cost. e, in particolare, alla c.d. alleanza terapeutica è un dato che emerge in modo pacifico dalla lettura dell'ordinanza n. 207 e che non può essere senza conseguenze. A riguardo, oltre al passaggio della motivazione già riportato, risultano particolarmente significativi: il collegamento operato dalla Corte con la richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e con la legge 22 dicembre 2017, n. 219 in materia di consenso informato

* Scritto sottoposto a *referee*.

e disposizioni anticipate di trattamento (dir., par. 8); la premessa dell'impianto motivazionale secondo cui «[l]a legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente [...] trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte» (dir., par. 9); la rassegna di alcuni aspetti della normativa che si richiede al Parlamento di adottare, tra i quali vi sono «le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo "processo medicalizzato", l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale» (dir., par. 10).

Se si considera che la somministrazione del farmaco letale inerisce – in una prospettiva costituzionale – all'esercizio del diritto fondamentale alla salute del malato, la sua qualificazione come illecito disciplinare nell'ordinamento professionale appare immediatamente più problematica.

3. Il d.lgs.C.p.S. 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3, istituisce gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri e le relative Federazioni nazionali, precisando che essi «*agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale*» [art. 1, comma 3, lett. a)] e, più in particolare, che la loro azione è orientata, tra l'altro, alla «*salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva*» [art. 1, comma 3, lett. c)].

Da queste norme emerge come non solo l'azione degli Ordini in generale sia funzionalizzata alla tutela degli "interessi pubblici garantiti dall'ordinamento [generale] connessi all'esercizio professionale", ma anche che la potestà normativa in particolare debba essere esercitata "al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva". L'autonomia riconosciuta agli Ordini professionali non è quindi una prerogativa attribuita dalla legge a una determinata categoria di professionisti per la tutela dei relativi interessi collettivi, ma è funzionale alla migliore tutela degli interessi pubblici connessi all'esercizio della loro professione.

In questo stesso senso, d'altra parte, si esprimeva la Corte costituzionale già nella sentenza n. 282 del 2002, che la FNOMCeO richiama a fondamento della natura di «*regola fondamentale e primaria*» della norma medico-deontologica, «*assoggettabile al sindacato giurisdizionale soltanto quando violi precetti costituzionali o principi generali dell'ordinamento*» (p. 2, parere cit.). In quell'occasione, chiamata a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale di una legge che sospendeva la praticabilità di determinati interventi di psicoturgia, la Corte infatti chiarì: che «[l]a pratica terapeutica si pone, [...] all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona»; che a presidio di tali diritti «*valgono [...] i poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione*»; e che «*salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni*» (dir., par. 4).

Da un lato, dunque, anche secondo questa ricostruzione il potere disciplinare degli Ordini risulta preordinato alla tutela del diritto alla salute. Dall'altro, alla fonte deontologica

non viene affatto riconosciuta alcuna “riserva materiale” che possa giustificare la sua “non assoggettabilità al sindacato giurisdizionale salvo violazione di precetti costituzionali o principi generali dell’ordinamento”, essendo, al contrario, espressamente ammesso dalla Corte anche l’intervento del legislatore ordinario purché idoneo a superare un vaglio di c.d. ragionevolezza scientifica (cfr. dir., par. 5 e ss.).

4. Così, se sono valide le due premesse appena illustrate in base alle quali (1) la somministrazione del farmaco letale costituisce, per l’ordinamento generale, un trattamento terapeutico che (a certe condizioni) il legislatore è tenuto a prevedere in attuazione dell’art. 32 Cost. e (2) l’attività normativa degli Ordini persegue innanzitutto lo scopo di tutelare gli interessi pubblici sottesi allo stesso art. 32 Cost., (3) risulta contraddittorio che l’esecuzione ovvero la prescrizione dello specifico trattamento in questione possano rilevare come illeciti medico-deontologici. Si perviene infatti all’assurda conclusione che un identico comportamento è valutato al tempo stesso necessario (dall’ordinamento generale) e ostativo (dall’ordinamento particolare) alla piena realizzazione del diritto fondamentale alla salute.

Di conseguenza, se in seguito all’intervento del legislatore, com’è da attendersi, il personale medico prenderà attivamente parte ai procedimenti finalizzati alla somministrazione di farmaci letali, non sembra plausibile – per le ragioni esposte – che l’attività di tali medici possa essere fonte di responsabilità disciplinare in quanto attività diretta a «effettuare» o, comunque, «favorire atti finalizzati a provocar[e] la morte» (art. 17, CDM). Nella parte in cui l’art. 17 CDM sanziona le condotte individuate dall’ordinanza n. 207, esso appare invece destinato alla disapplicazione in base ai consueti criteri di risoluzione delle antinomie, salvo modifiche o una sua interpretazione conforme a Costituzione e alla normativa primaria da parte del giudice disciplinare o di legittimità.

Le riflessioni svolte in questo scritto non mettono peraltro in discussione, beninteso, l’opportunità (già rilevata dalla stessa Corte, oltre che dalla FNOMCeO) che il futuro intervento legislativo preveda una disciplina idonea a consentire la piena operatività della c.d. clausola di coscienza. Altro infatti è richiedere che sia garantito al personale medico-sanitario il diritto all’obiezione di coscienza in ragione dell’indiscussa e innegabile natura eticamente sensibile delle pratiche di suicidio assistito; altro è vietare ai medici di partecipare a un trattamento sanitario perché in contrasto con previsioni deontologiche che eccedono il loro scopo fondandosi su un’interpretazione di quest’ultimo che risulta divergere da quella fornita dall’interprete costituzionalmente competente.

** Collaboratore delle Cattedre di Diritto Costituzionale e Diritto Amministrativo nell’Università di Bologna