



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*Il Presidente*

**COMUNICAZIONE N. 71**

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI  
PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI  
PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO  
DEGLI ODONTOIATRI

LORO SEDI

Cari Presidenti,

si comunica che, in data 30 maggio 2019, presso le Commissioni Riunite Giustizia e Affari Sociali della Camera dei Deputati, si è svolta l'audizione informale della FNOMCeO sulle proposte di legge C 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Ceconi e C. 1655 Rostan in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia.

Si trasmette, pertanto, il documento illustrato dalla FNOMCeO, già pubblicato sul portale.

Cordiali saluti

Filippo Anelli

All.to



**FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: [presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it) - C.F. 02340010582

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
Protocollo Partenza N. 9363/2019 del 03-06-2019  
Doc. Principale - Copia Documento



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**AUDIZIONE FNOMCeO**  
**PRESSO LE COMMISSIONI RIUNITE GIUSTIZIA E AFFARI SOCIALI**

**Camera dei Deputati**  
**30 maggio 2019**

**Proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi e C. 1655 Rostan in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia.**

*Illustre Presidente e Illustri Componenti della Commissione,*

ringraziamo per questo invito in audizione su una questione di estrema delicatezza e rilevanza per la tutela della salute dei cittadini e che profondamente interessa l'intera platea di medici e i loro organi rappresentativi. Il tema dell'eutanasia all'esame del Parlamento risulta, infatti, essere estremamente delicato per le scelte etiche ad esso sottese.

Una riflessione in argomento non può prescindere dalle previsioni costituzionali e, non da ultimo, dal dettato del nostro Codice Deontologico, che orienta l'operato di ogni medico.

I medici sono consapevoli di quel ruolo di garanzia, di solidarietà e di rispetto dei valori umani che sono chiamati a svolgere, a tutela del paziente e, soprattutto, della sua dignità, valore imprescindibile e non negoziabile.

Come è noto la legge n. 219 del 2017 recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ha stabilito che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Di fatto il quadro giurisprudenziale ha riconosciuto che il diritto alla salute riguardi anche la libertà di autodeterminazione del paziente, attraverso la consapevole adesione ai trattamenti medici a lui proposti dal personale medico e sanitario. La Corte costituzionale

con sentenza n. 438 del 2008 ha statuito che il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'articolo 2 della Costituzione. Il rispetto del principio di autodeterminazione del paziente, non sottrae ma aggiunge valore morale e tecnico professionale all'agire del medico soprattutto quando, nelle cure di fine vita, o di pazienti affetti da patologie irrimediabilmente progressive e devastanti, pone limiti a quelle pratiche diagnostico-terapeutiche ritenute inutilmente invasive del corpo e della persona, magari capaci di guadagnare del tempo alla morte, ma incapaci di far vivere con dignità la morte stessa.

Al tempo stesso nell'esame di questa materia si ritiene che non si possa prescindere dalle considerazioni espresse dalla Corte costituzionale nell'ordinanza 207 del 2018 in merito al divieto di aiuto al suicidio; divieto che, secondo l'ordinanza, "assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere". Per cui "il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto".

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha esaminato con particolare attenzione le proposte di legge all'esame delle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali. In particolare la proposta di legge n. 2 all'art. 1 attribuisce ad ogni cittadino la facoltà di rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento vitale o terapia nutrizionale. L'articolo 2 dispone che il personale medico e sanitario che non rispetti la volontà manifestata nei modi di cui all'articolo 1, è tenuto al risarcimento del danno morale e materiale conseguente, in aggiunta ad ogni altra conseguenza civile o penale ravvisabile nei fatti. L'articolo 3 prevede che le disposizioni di cui agli articoli 575 (Omicidio), 579 (Omicidio del consenziente), 580 (Istigazione aiuto al suicidio) e 593 (Omissione di soccorso) del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, purché ricorrano alcune condizioni, il cui rispetto deve essere attestato per iscritto dal medico e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato l'intervento. Invece, l'articolo 1 della



proposta di legge n. 1586, nel modificare l'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, stabilisce che ogni paziente ha la facoltà, in determinate condizioni cliniche, di richiedere il trattamento eutanasi al personale medico in modo da mettere fine alla propria vita. Infine con la proposta di legge n. 1655 si prevede l'introduzione degli articoli 4-bis e 4-ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di non applicabilità degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, qualora ricorra una serie di condizioni specificamente individuate che, in sintesi, prevedono la consapevolezza del paziente (che deve essere maggiorenne) riguardo alla richiesta di eutanasi e al suo stato di salute, alla sua condizione di sofferenza senza rimedi e all'assicurazione che il trattamento eutanasi sarà effettuato nel rispetto della sua dignità.

Ciò detto, una valutazione delle proposte di legge sopraccitate non può prescindere dalle previsioni del codice di deontologia medica. Il richiamo al codice deontologico medico non potrà essere evitato, essendo il principio etico applicato ancor oggi, e soprattutto oggi, ineludibile, valido e validato, costituendo perciò una sorta di principio cardine.

Il medico di oggi analizza e agisce, pur non richiamandolo in modo concreto, secondo quella scienza e coscienza che sa e deve coniugare tradizione, esperienza e scienza e che lo porta a compiere atti etici.

Una considerazione che però non può non entrare in campo laddove si debba esprimere un giudizio sul comportamento riguardante sempre più aspetti e principi della professione che coinvolgono pesantemente le coscienze.

Non possiamo non rilevare come il medico di oggi sia sotto osservazione, se non proprio sotto accusa, ancor più di fronte alla giuridicizzazione oltremodo spinta della professione e all'attenta politica che vuole limitare l'atto medico alla proceduralizzazione degli atti, che stanno modificando a tal punto l'incipit professionale e la gestione delle malattie, da portare a generalizzare l'atto affidato anche al non medico. Come anche a vedere una responsabilità aggiunta nel medico giudicato dai parametri di comportamento che, pur essendo alla stregua di "consigli per la professione", vengono considerati a tutti gli effetti le vere leggi del professare. La medicina esiste per curare le persone perché si sentono malate, e non soltanto perché sono riconosciute tali; un aspetto cruciale della prassi professionale che non si dovrebbe mai dimenticare. La medicina non è una scienza come tutte le altre, in quanto include soggettività, regole e leggi naturali, dimensioni biologiche e psicologiche. L'art. 32, comma 1, della nostra Costituzione assegna al bene della salute un

rango primario, qualificandola diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività garantendo cure gratuite agli indigenti.

Riguardo alla delicata tematica del suicidio assistito la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha avviato uno specifico dibattito e approfondimento che ha impegnato la Consulta Deontologica Nazionale interna e il Comitato Centrale.

La professione del medico segue da millenni un paradigma che vieta di procurare la morte del paziente. Se viene capovolto, occorre che ne discuta l'intera società, perché le conseguenze non si limitano all'agire del medico, del quale, comunque, non può essere limitata la libertà di coscienza. La Consulta deontologica della FNOMCeO ha elaborato un parere sul tema dell'aiuto al suicidio assistito, che è stato inviato al Comitato nazionale per la bioetica: la professione medica non è tecnicismo. È nutrita del valore della libertà di agire in scienza e coscienza per il bene del paziente: la FNOMCeO ritiene che il Codice deontologico continui ad avere le risposte adeguate ai bisogni di salute del cittadino. Le cure palliative sono così la soluzione che può mantenere intatto il rispetto della dignità della persona malata.

Da sempre i medici hanno visto nella morte un nemico e nella malattia un'anomalia da sanare: mai si è pensato che la morte potesse diventare un alleato, che potesse risolvere le sofferenze della persona. Se fosse approvata una legalizzazione all'aiuto al suicidio, verrebbe capovolto questo paradigma. Se ne deve discutere in profondità, perché le ripercussioni non riguardano solo i medici e le altre professioni sanitarie: il meccanismo che porta ad accompagnare una persona verso il suicidio coinvolge l'intera società. Da uomini di scienza, crediamo che prima di modificare un atteggiamento bisogna valutare se si riuscirebbe a tutelare come nel passato il medico e i cittadini, compresi soprattutto i soggetti più fragili e influenzabili dal fare scelte estreme e irreversibili, come ricorda la Corte costituzionale. Vogliamo affermare con forza in questa sede come il suicidio assistito non possa riguardare solo il medico, ma coinvolga tutte le professioni sanitarie e l'intera società civile. Le condotte agevolative che spianino la strada a scelte suicide non possono ricadere solo sul medico. Al medico deve anzi essere attribuito il ruolo di tutela dei soggetti più fragili. Il divieto di favorire o procurare la morte ha sempre protetto la professione medica e i cittadini, come insegna la storia. Ci sono stati casi in cui è stata violata la dignità delle persone, utilizzandole come strumenti per la ricerca per fini ritenuti utili all'umanità. La FNOMCeO ribadisce che i principi del nostro Codice sono esaustivi dell'esercizio della professione, e che il paradigma che l'ha ispirato continua a essere valido. Per il rispetto



della dignità della persona che soffre, grazie alla legge 38/2010 abbiamo strumenti adeguati che sono le cure palliative, la terapia del dolore fino alla sedazione profonda. Occorre applicare meglio queste terapie, che possono essere lo strumento migliore per evitare lesioni della dignità della persona e prevenire richieste di suicidio. Consideriamo il dialogo sul suicidio assistito utile e necessario. Crediamo che debba essere scevro da pregiudiziali ideologiche o politiche, e animato solo da sensibilità intellettuale e disponibilità a comprendere sino in fondo le ragioni di determinate scelte. Ma anche dalla volontà di valutare le possibili conseguenze del cambiamento del paradigma - quello che vede la malattia come il male e la morte come il nemico da sconfiggere - che sinora ha caratterizzato l'esercizio della professione medica. Le proposte di legge in esame debbono correlarsi con i principi affermati dal dettato della carta costituzionale (art. 32) e della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" che prevede all'art. 1 che la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

La Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riafferma i valori metastorici della medicina in difesa della dignità e della qualità della vita, del sollievo alla sofferenza sia fisica che psichica anche attraverso la sedazione del dolore e nel rispetto dell'autodeterminazione del paziente, nell'uso delle risorse e nella lotta contro ogni forma di discriminazione.

È comune constatazione, altresì, che questi valori sono vissuti in un'epoca di evoluzione travolgente della scienza e della tecnologia medica e influiscono sul processo del morire, modificandolo; nello stesso tempo la società trasforma la percezione sociale e individuale della morte.

La FNOMCeO rivendica con forza la necessità di dotare il Servizio Sanitario Nazionale di un compiuto e omogeneo sistema di cure palliative quale presupposto per offrire al paziente e alla sua famiglia il miglior accompagnamento e sostegno possibile alla fase terminale della vita, impegnandosi per quanto attiene alla formazione del personale professionale medico e all'informazione alla cittadinanza.

Urge attuare in tutte le sue parti e in tutto il territorio nazionale le grandi potenzialità della legge 38 del 2010, superando remore culturali che portano a un disimpegno verso tutto ciò che non può guarire, ma curare e accompagnare.

La FNOMCeO ricorda che il rispetto per l'autodeterminazione della persona, tra i valori fondanti del Codice di Deontologia Medica trova pieno senso, nell'affermazione dell'equità come rifiuto di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute e nel

rispetto delle dignità della vita di ognuno.

Nella relazione con il paziente il medico persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul reciproco rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno, nella condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il modello dell'"alleanza terapeutica", scaturito dalla valorizzazione del consenso informato sottolinea l'esigenza che al centro della medicina stia il rapporto fra il medico e il paziente, come incontro tra due soggetti che nasce da uno stato di bisogno del malato e si esprime come richiesta d'aiuto. L'incontro instaura una relazione comunicativa che è di per sé asimmetrica a causa della disuguaglianza di competenze e dello stato di necessità in cui versa il malato. Cercare di colmare la loro distanza pur mantenendo la differenza data dalla conoscenza scientifica del medico, significa preservare l'apertura e la disponibilità alla comunicazione esistenziale. Curare il paziente vuol dire non solo attuare un intervento terapeutico, ma anche comprendere attraverso un processo ermeneutico l'uomo malato nella cui biografia la malattia si iscrive.

Il modello dell'"alleanza terapeutica" preserva altresì la medicina da ogni forma di contrattualismo e di burocratismo: la valorizzazione del dialogo come centro focale del rapporto costituisce condizione di possibilità affinché libertà e bene del malato, cardini attorno a cui ruota l'attività medica, trovino una conciliazione anche nei casi difficili. L'alleanza terapeutica, infatti, che s'instaura fra il malato e il medico, ha un oggetto determinato, che segna i confini della decisione condivisa. In questa alleanza né il medico può spingersi oltre l'obiettivo del bene integrale del paziente, né quest'ultimo può pretendere che il medico rinunci a perseguire questo bene, sia pure valutato alla luce della sua esperienza, dei suoi desideri e dei suoi piani di vita.

La FNOMCeO è consapevole che le norme del Codice di Deontologia Medica debbano continuamente confrontarsi con l'evoluzione scientifica e tecnologica e con le trasformazioni sociali. Anche l'entrata in vigore di nuove norme legislative necessita di un confronto costante e di un vaglio attentissimo, non implicando automatici cambiamenti della disciplina deontologica.

La norma deontologica, infatti, costituisce la regola fondamentale e primaria che guida l'autonomia e la responsabilità del medico, alla quale egli deve ispirare il proprio comportamento in materia di cura e, più in generale, di salute, rappresentando altresì una protezione del professionista e del paziente rispetto a interventi del potere politico o di altri poteri dello Stato (si veda, sul punto, la sentenza n. 282 del 2002 della Corte Costituzionale). Sta proprio qui il nucleo della connotazione di autonomia che qualifica la



disciplina deontologica, assoggettabile al sindacato giurisdizionale soltanto quando violi precetti costituzionali o principi generali dell'ordinamento, ovvero quando incida su oggetti estranei al campo deontologico.

È acclarato che la morte è un processo biologico complesso, mai istantaneo. Al di là degli obblighi medici post mortem, compreso l'aiuto alla elaborazione del lutto, è deontologicamente evidente che il compito clinico e assistenziale del medico e i suoi doveri professionali si estendono a tutto il processo del morire. Il medico non può esimersi dagli interventi necessari al fine di offrire supporto alla resilienza del paziente e dei suoi familiari, al coping, all'attenzione alla spiritualità. La competenza nelle cure palliative, intese come aiuto nella sofferenza, deve essere propria di ogni medico. L'art. 5 della L. 219/17 norma la programmazione anticipata e condivisa delle cure come modalità assistenziale essenziale al fine di rendere più consapevole e meno sofferto il processo del morire.

Ecco perché la FNOMCeO riguardo alle problematiche del suicidio assistito non può sottrarsi dal richiamare la necessità, anzi l'obbligo, di conformare il servizio sanitario in modo da garantire la compiuta attuazione della legge n.38/2010 attraverso un sistema di cure palliative omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Questo anche per evitare che la richiesta suicidaria possa essere motivata dalla carenza di cure e dal non prendersi cura sul piano clinico, spirituale e sociale.

È chiaro altresì a tutti che uno dei maggiori problemi professionali, etici e sociali della medicina moderna è rappresentato dalla terminalità. Il processo del morire richiede al medico di porre in essere tutti gli strumenti della cura e del prendersi cura.

A riguardo il Codice di Deontologia Medica norma l'agire del medico sia mediante un comportamento professionale ispirato alla palliazione (intesa anche come atteggiamento relazionale) sia mediante il bando a ogni forma di futilità terapeutica.

La Corte Costituzionale con l'ordinanza 207/18 pone il problema di rendere il testo dell'art. 580 c.p. coerente con la realtà del processo del morire nella medicina contemporanea.

Così si esprime la Corte:

*Il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli.*



È questo il contesto attuale in cui il medico si trova a operare ed è di tutta evidenza che l'individuazione di persone che si trovano in condizioni siffatte dal punto di vista clinico non può essere affidata che a un team medico possibilmente composto dal curante, da un medico legale e da un clinico esperto, oltre che da uno psicologo.

**Ciò detto, il parere elaborato dalla Consulta deontologica nazionale e fatto proprio dal Comitato centrale della FNOMCeO è nei seguenti termini:**

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.

Nel contempo, impone al medico di rispettare la dignità del paziente, evitando ogni forma di accanimento terapeutico. In ottemperanza dell'autodeterminazione del paziente da un lato, e nel rispetto della clausola di coscienza del medico dall'altro, l'attuazione della volontà del paziente nel rifiutare le cure, pone il ricorso alla sedazione profonda medicalmente indotta, come attività consentita al medico in coerenza e nel rispetto dei precetti deontologici. Tutto ciò nel rispetto della dignità del morente.

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 attualmente previste nel Codice.

Di seguito sottoponiamo alla Vostra attenzione il Documento integrale della Consulta Deontologica Nazionale di questa Federazione del 14 marzo 2019.

## **CONSULTA DEONTOLOGICA NAZIONALE**

**ROMA – 14.3.2019**

**<<DOCUMENTO CONCLUSIVO DEI LAVORI DELLA CONSULTA  
DEONTOLOGICA NAZIONALE DELLA FNOMCeO CHIAMATA AD  
ESPRIMERE PARERE SUL SUICIDIO ASSISTITO IN MERITO  
ALL'ORDINANZA 207/18 DELLA CORTE COSTITUZIONALE>>**

La Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO (di seguito CDN) riafferma i valori della medicina e del medico a tutela del cittadino ed è custode e garante della Deontologia medica espressa nel Codice di Deontologia Medica (di seguito CDM).

In merito alla questione del suicidio assistito ed al pronunciamento della Corte Costituzionale attraverso l'Ordinanza 207/18 la CDN ritiene, quale incipit imprescindibile dell'agire medico, quanto stabilito nell'art. 17 che vieta ogni adempimento medico che procuri la morte del paziente.

Il comportamento del medico nei casi del fine vita e delle situazioni in cui si proceda alla cura e all'assistenza del paziente in condizioni critiche è sancito dal CDM e dalla relazione di cura fra medico e paziente all'interno di un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia reciproca, sul rispetto degli specifici ruoli e sul riconoscimento dei rispettivi diritti.

#### Secondo cui, il CDM

1. Impegna il medico a costruire una alleanza terapeutica improntata al reciproco rispetto (art. 20)
2. Garantisce il rispetto dell'autonomia decisionale del cittadino previamente e adeguatamente informato (art. 33 e 35),
3. Impegna il medico ad evitare d'intraprendere e d'insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente futili ed inappropriati (c.d. accanimento terapeutico, art. 16),
4. Impegna il medico a non abbandonare il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza ed a garantire la continuità delle cure colla terapia del dolore e colle cure palliative (art. 39 CDM e Legge 38/010)

#### Nella sua analisi la CDN ribadisce che

- È esigenza primaria ed etica che il medico rivendichi e utilizzi il tempo necessario alla relazione di cura, evitando ogni interpretazione *burocratica*, giurisprudenziale e contrattualistica, prevalendo i principi etici e deontologici che segnano e caratterizzano il rapporto tra medico e paziente, del cui valore assoluto ne sono interpreti.
- Non vada dimenticata l'autonomia medica, per cui il medico è chiamato all'osservanza, oltreché delle norme deontologiche, "**di quelle norme giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della professione**", in questo modo



sancendosi per ogni medico la prevalenza del precetto deontologico rispetto all'ordinamento giuridico generale.

**Il ragionamento sul piano giuridico che sottintende alla valutazione della Corte Costituzionale in tema di suicidio assistito, che trova riscontro nelle premesse delle recenti proposte del legislatore sullo stesso tema, è oggetto di un'attenta valutazione da parte della CDN che ritiene che tali innovazioni e proposte non implicino in via automatica variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte.**

Quest'ultima disciplina potrà subire interventi di modifica solo quando la riflessione deontologica della classe medica verrà a reputarlo necessario, **fin d'ora assumendo una posizione conforme ai dettami della deontologia medica ed alla clausola di coscienza in essa prevista.**

**La CDN ritiene che la norma deontologica, a prescindere dalla natura giuridica o extra-giuridica della stessa, costituisca, perciò, la regola primaria alla quale il sanitario debba ispirare il proprio comportamento.**

A corollario si ritiene come ineludibile nel senso etico e deontologico dell'agire medico sul paziente con prognosi infausta, o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, che si adottino ogni misura atta a rispondere efficacemente attraverso una necessaria programmazione condivisa delle cure (PCC, per effetto dell'art. 5 della L. 219/17 e della L. 38/010), nonché procedere alla valutazione deontologica della cosiddetta *surprising question* e della palliazione intesa come atteggiamento del medico durante tutta l'assistenza (artt. 38 e 39 CDM).

**Considerando la specifica questione del suicidio assistito, pur nel ribadire la posizione espressa nel CDN, porta la CDN a ritenere 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 a un team clinico e medico legale, al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.**

**Un diverso atteggiamento al solo fine prescrittivo, a parere della CDN, troverebbe infatti una preclusione nello stesso CDM in considerazione del pieno convincimento clinico nel dover fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine, per cui impegna il medico**

**- al rispetto dell'art.17.**

- **alla non prescrizione per compiacere la persona assistita (art.13)**

limitandone la funzione in base alla perentorietà prevista dalla norma deontologica.

**Nello sviluppo del ragionamento la CDN ritiene esservi da un punto di vista etico due questioni:**

- 1) se la morte fa parte della vita come processo biologico terminale, quanto ciò incida sulla relazione di cura (alleanza terapeutica)?
- 2) se chiamato ad agire in contrasto con la norma deontologica e con la propria coscienza come si debba affrontare il problema dell'obiezione?

**A fronte di diversa valutazione del Legislatore e anche in linea al ragionamento della Corte Costituzionale la CDN sostiene con fermezza che non sia eludibile la facoltà del medico comunque d'agire in rispetto della clausola di coscienza o, addirittura ove fosse normata, ad esprimere obiezione, come espressione del diritto del cittadino allo stesso tempo medico, chiamato per sua stessa missione nei momenti critici dell'esistenza alla tutela della vita e della dignità della persona affidatagli.**

**La CDN comunque ritiene esservi la necessità di procedere ad un'attenta riflessione sui temi etici e sui risvolti delle novelle legislative ed anche delle modifiche che si prevede d'apportare alle Leggi oggi vigenti, in relazione a questo momento storico e con attenzione posta alla congruità coi principi della deontologia medica cui ci si richiama".**

*Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.*

FNOMCeO