

LORENZO CHIEFFI - ALBERTO POSTIGLIOLA

INTRODUZIONE

1. Il volume raccoglie gli atti del convegno, sul tema della “Alleanza terapeutica, realtà o utopia?”, organizzato, nei giorni 10 e 11 novembre 2011, dal Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli, con il proposito di approfondire, avvalendosi dell’apporto di autorevoli studiosi, gli sviluppi relazionali della pratica medica, anche alla luce delle più innovative applicazioni della scienza.

Con l’intento di dare seguito ai risultati raggiunti in una precedente ricerca del 2010, sempre a cura del C.I.R.B., dedicata all’approfondimento della “Bioetica pratica” e alle cause di esclusione sociale, poi pubblicata nel 2012¹, che aveva dedicato particolare attenzione alla condizione di quanti (come immigrati, disabili, detenuti, transessuali) rischiano, in considerazione della loro marginalità, di essere destinatari di comportamenti discriminatori, l’opera che si presenta intende proseguire nell’analisi per così dire “quotidiana”² della esperienza medica, sia pure, questa volta, orientando la sua attenzione alla condizione del minore e dell’anziano che viene analizzata avvalendosi della straordinaria lente di ingrandimento rappresentata dalla medicina di famiglia.

Il ricorso, nel sottotitolo dato al convegno, ad un punto di domanda, per rimarcare le perduranti incertezze (realtà o utopia?) che accompagnano gli sviluppi del rapporto terapeutico, intende poi rimarcare il lungo percorso che dovrà essere ancora realizzato all’interno della nostra società per consentire la definitiva rimozione di possibili disparità di trattamento di cui potrebbero essere vittima quei pazienti che si caratterizzano per una particolare *fragilità*, proprio per appartenere ad una delle categorie qui considerate.

2. Gli sviluppi dei rapporti terapeutici, in questa sede selezionati, sono stati approfonditi, in coerenza ai distinti apporti culturali degli studiosi

1 Cfr. L. CHIEFFI, a cura, *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Mimesis, Milano, 2012.

2 Volendo parafrasare il titolo del bel volume di G. BERLINGUER, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze, 2000.

coinvolti, secondo un modo di procedere diacronico che, prendendo spunto dalle suggestioni derivanti dalla tradizione medica classica risalente alla Grecia antica e a quella islamica tra il X e il XII secolo, approda alle più recenti elaborazioni assiologiche influenzate dal veloce incedere delle conoscenze in questo fondamentale settore della ricerca umana.

Sulla scia di antiche elaborazioni culturali, pure condizionate dai progressi compiuti dal pensiero illuminista, l'attenzione degli Autori si è poi decisamente indirizzata alle straordinarie conquiste valoriali realizzate, in epoca contemporanea, dal costituzionalismo occidentale contro un impiego della medicina non funzionale al benessere dell'individuo, alla protezione della sua dignità.

Di contro ad un uso di questa pratica a fini utilitaristi e scienziati, che riduceva l'essere umano a cavia, andava infatti emergendo, nella progressiva ricostruzione delle società europee risorte dalle macerie (materiali oltreché morali) provocate dal secondo conflitto mondiale, una sua finalizzazione alla salvaguardia dei beni della persona, in coerenza ai più originari intendimenti della dottrina ipocratica.

La netta affermazione da parte del nuovo testo fondamentale di una indiscussa libertà per ogni individuo di assumere decisioni sul proprio corpo (art. 32 della Costituzione) aveva l'effetto di rimuovere definitivamente qualunque concezione autoritaria e paternalista della relazione terapeutica da cui sarebbe derivata una anacronistica doverosità per il *démós* a mantenersi in buona salute.

Ne derivava, pertanto, il diritto di ciascun individuo di disporre autonomamente e liberamente del proprio corpo, consentendo alla malattia di fare tutto il suo decorso fino alle estreme conseguenze, che, oltre a trovare fondamento nelle disposizioni poste a salvaguardia della sua sfera fisica (artt. 13 e 32 Cost.), rinveniva ulteriore sostegno in quelle norme destinate a promuovere la libertà di coscienza (artt. 3, 1° co. e 19 Cost.) in grado di esprimere, in considerazione della biografia di ciascuno, una concezione personale ed autonoma della dignità della propria esistenza.

In presenza di una medicina altamente tecnologizzata, che potrebbe prolungare l'esistenza dell'interessato al di là dei limiti solo pochi anni fa inimmaginabili, e in assenza delle ragioni – di stretta interpretazione – tali da giustificare un TSO (*ex* art. 32, 2° comma Cost.), si è venuta con forza ad affermare, anche per merito delle spinte esegetica impressa da significativi documenti internazionali³, un diritto del singolo di decidere, in piena

3 Dalla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, sottoscritta ad Oviedo nel 1997, alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, firmata a Nizza

autonomia e coscienza, le cure cui potrà sottoporsi, non potendo di certo immaginarsi una sua subordinazione ad un qualsivoglia trattamento, neppure se qualificabile di sostegno vitale.

Abbandonata perciò una visione paternalista e benevola della relazione di cura, sbilanciata in favore della decisione di chi detiene la conoscenza, una lettura coerente con l'impostazione personalista del nostro disposto costituzionale induce inesorabilmente l'interprete, sia esso il legislatore che il giudice, a privilegiare una lettura della scelta terapeutica come risultato di un "processo dialettico" tra i due protagonisti del rapporto, di una "relazionalità dialogante" che renderà possibile un volontario e consapevole scambio di esperienze distinte, come potrebbero essere la sofferenza, per taluni, e la conoscenza, per altri.

Sia pure nel rispetto della *autonomia* e della *responsabilità* del medico, al quale viene consentito di realizzare, in scienza e coscienza, le necessarie scelte professionali, rispondenti alle più accreditate evidenze scientifiche, nessuna pratica medica potrà essere da lui svolta se non dopo aver raccolto il necessario e preliminare consenso del paziente⁴.

Dal disposto costituzionale, accanto ad una pretesa di tipo sociale di godere delle necessarie cure, emerge quindi un altrettanto inderogabile diritto dell'individuo "di ricevere opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui potrà essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative"⁵; informazioni che, sempre a giudizio del giudice costituzionale, dovranno "essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione".

Lungi dall'imporre un trattamento sanitario, o in direzione opposta dal ricorrere ad atteggiamenti di disinteresse o di abbandono di quanti preferissero rinunciare alla terapia, sarà proprio questa spinta relazionale, in cui si sostanzia l'alleanza terapeutica, in un intreccio tra "dare" (informazioni, da una parte, e consenso, dall'altra) e "ricevere" (assistenza, cure, per il paziente; fiducia, per il medico), a giustificare l'esercizio di una possibile "strategia della persuasione"⁶ da parte di chi detiene la conoscenza, al fine

nel 2000, alla Dichiarazione universale UNESCO sulla bioetica e i diritti umani del 2005.

4 In questo modo si esprime la Corte Cost. nella sent. 8 maggio 2009, n. 151, in www.giurcost.org.

5 Corte Cost. sent. 23 dicembre 2008, n. 438, in www.giurcost.org.

6 Cass. civ., sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n. 21748, in <http://www.altalex.com/index.php?idnot=38683>.

di assicurare il massimo supporto di solidarietà a favore di quanti si venissero a trovare in condizioni di debolezza e di sofferenza.

3. La perdurante assenza di una legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) ha impedito, fino ad ora, di chiarire, analogamente a quanto invece consentito per le consuete prassi terapeutiche, gli sviluppi relazionali del rapporto terapeutico in presenza di uno stato di incoscienza del malato.

La mancata valorizzazione in un testo normativo, analogamente a quanto pure previsto nel diritto comparato, della volontà in precedenza manifestata dall'interessato, consentendone la proiezione ad una fase nella quale dovesse sopraggiungere uno stato vegetativo permanente, rende alquanto problematica la regolamentazione pratica di questi ulteriori sviluppi dell'alleanza terapeutica.

In tali circostanze il comportamento del sanitario curante, pur non configurando necessariamente un'ingiustificata forma di accanimento terapeutico⁷, potrebbe allontanarsi dal desiderio in precedenza espresso dal paziente terminale di consentire la *naturale* prosecuzione della propria esistenza, fino alle estreme conseguenze, in modo da sottrarla ad ogni interferenza esterna.

I coraggiosi tentativi realizzati dalla Suprema Corte di Cassazione per ricavare il fondamento di legittimazione delle dichiarazioni anticipate direttamente dal testo costituzionale, seppure abbiano consentito di risolvere taluni casi di specie, non potrebbero tuttavia surrogare in modo definitivo l'intervento dell'organo della rappresentanza popolare, in un sistema giuridico, come il nostro, appartenente alla famiglia del *civil law*, e in quanto tale sottratto ad una rigida applicazione della cd. regola del precedente giurisprudenziale.

L'indeterminatezza normativa in questo delicato settore della medicina d'urgenza e della rianimazione sarebbe in grado di pregiudicare la serenità dei rapporti terapeutici, con l'effetto di indurre a comportamenti autoreferenziali o comunque interferenti con la decisione precedentemente assunta da parte dei vari protagonisti della relazione: del medico, indotto a protrarre cure non sempre appropriate e adeguate, quando non addirittura futili, per non incorrere in qualche forma di responsabilità; dei familiari del

7 Che, secondo quanto stabilito dall'art. 16 del Cod. deont. med., viene determinato dall'impiego di "trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita".

paziente, costretti, in rappresentanza del congiunto, a intraprendere la strada giudiziaria per ottenere, come nei casi di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro, l'interruzione delle cure.

In diversa direzione, questa volta favorevole ad un rasserenamento dei rapporti terapeutici, si inoltra, invece, una recente disciplina legislativa (legge n. 38 del 2010), recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, cui viene dedicato ampio spazio nel volume, che si propone (art. 1, n. 3 lett. a, b e c) di valorizzare alcuni significativi principi di fondo appartenenti alla tradizione personalistica, quali: la dignità e l'autonomia del malato, la qualità della vita fino al suo termine, il sostegno sanitario e socio/assistenziale della persona malata e della famiglia. L'affermazione di un vero e proprio diritto a *non soffrire*, come parte integrante del più ampio diritto alla salute tutelato dal disposto costituzionale, oltre a confermare una declinazione *negativa* dello spazio di garanzia dell'individuo (*libertà da*), contro l'imposizione coattiva di qualsivoglia terapia, rappresenta un ulteriore sostegno alla pretesa, di impostazione positiva (*libertà di*), indirizzata agli organi del Servizio sanitario nazionale, di assicurare, a quanti ne abbiano diritto, versando in una condizione di sofferenza, il godimento delle prestazioni assistenziali ritenute indispensabili.

Nel salvaguardare l'autonomia della persona umana e la sua pretesa ad un'assistenza dignitosa, anche attraverso la promozione della “cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore” (art. 4, n. 2), questa rilevante novella legislativa potrà contribuire a ridurre, nelle concrete prassi, l'insorgere di possibili tensioni all'interno del rapporto terapeutico, fino addirittura a depotenziare il legittimo desiderio del malato terminale di interrompere qualunque trattamento, soprattutto nei casi in cui venisse a scontrarsi con l'opposta pretesa del medico di protrarre comunque le terapie.

Molteplici sono, pertanto, i profili del rapporto terapeutico considerati dai lavori che seguono, affrontati alla luce della precipua sensibilità dei loro Autori. Gli sviluppi interpretativi della relazione di cura, con particolare riguardo alla condizione dei soggetti più deboli, hanno infatti rappresentato il filo conduttore dei saggi contenuti nell'opera che qui si introduce. I risultati raggiunti potranno certamente costituire un efficace punto di partenza per ulteriori approfondimenti in grado di rivelare, secondo un modo di incedere empirico legato all'analisi di singoli casi di specie, l'effettivo dispiegarsi dell'alleanza terapeutica nei rapporti sanitari, coerentemente ai principi di fondo posti alla base del nostro ordinamento giuridico.