



VINCOLATIVITÀ | È l'equilibrio del rapporto che scongiura l'eutanasia

IL MEDICO NON È UN BUROCRATE MA UN ALLEATO DEL PAZIENTE

di Luciano Eusebi*

Cio che il medico offre al malato non è soltanto un insieme di abilità applicabili sul suo corpo, ma il rapporto con una disciplina, quella medica, che è portatrice di criteriologie complesse d'intervento, elaborate sia sul piano dell'appropriatezza clinica, sia sul piano della ponderazione tra rischi e benefici, sia sul piano etico.

Solo in apparenza una medicina intesa come arsenale di strumenti dei quali il malato possa disporre a sua discrezione avvalorare il ruolo del malato medesimo. In realtà, lo priva della dimensione relazionale col medico (rendendo impossibile l'*alleanza terapeutica*) e, dunque, del bagaglio di esperienza, non solo tecnica, che la medicina costantemente matura. Lascia il malato solo e libera il medico, nel contempo, dal peso della riflessione sui criteri che debbano guidare le scelte riferibili a ciò che (tecnicamente) può fare.

L'effetto è un impoverimento: nessun malato potrà supplire alla ricchezza di elementi valutativi che la competenza medica può fornire. E, d'altra parte, di un medico che rinunci a interrogarsi circa le sue dinamiche comportamentali, proprio nel momento in cui queste conoscono un incremento vorticoso delle possibilità, c'è senza dubbio d'aver paura.

In realtà, si deve ammettere che il paziente, nel momento in cui chiede di beneficiare della medicina, non può non accoglierne determinate metodologie, che la fanno essere (anche) una scienza umana, piuttosto che un mero catalogo di atti praticabili sulla sfera fisica e su quella psichica.

Come il malato non è solo un corpo e, dunque, non è l'oggetto passivo degli atti di una figura professionale che sul corpo abbia potere, così il medico non è solo un esecutore di richieste provenienti da chi desideri certi effetti riguardanti il corpo (o da un rappresentante, un fiduciario, e così via), né mera parte negoziale nell'ambito di rapporti aventi contenuto del tutto potestativo.

Il medico non può attivare terapie sul corpo di un dato individuo senza interagire, di regola, con la persona che attraverso quel corpo si esprime: pertanto, deve muoversi nell'ambito di un dialogo informativo e ottenendo il consenso del malato. Ma

al medico non si può chiedere *qualsiasi cosa*, né con riguardo alle condotte attive, né con riguardo alle condotte omissive.

In particolare, non gli si può chiedere di agire per fini che siano diversi da quelli che gli assegna in via esclusiva il codice deontologico, cioè la tutela della vita e della salute e il lenimento della sofferenza.

Quindi, non può chiedersi al medico di agire *per la morte* del paziente. Come accadrebbe nel caso in cui si esigesse d'interrompere o disattivare un presidio terapeutico in atto, privando il medico stesso di qualsiasi valutazione sul contesto in cui quel presidio risulti praticato: vale a dire sulla sussistenza, alla luce di tutti i fattori in gioco, delle condizioni che rendano il trattamento del quale si discuta non più proporzionato.

E come del pari accadrebbe ove – con una *dichiarazione anticipata di trattamento* relativa al caso in cui il malato venga a trovarsi in uno stato d'incapacità – si prescrivesse al medico (a un medico non a priori identificabile) di stabilire sì una relazione col dichiarante, ma rinunciando *a priori* a certi presidi terapeutici: senza alcuna possibilità per il medico stesso di valutare, ancora una volta, il contesto complessivo attuale che possa rendere quei presidi proporzionati o non proporzionati.

In situazioni consimili la tipicità del ruolo medico verrebbe completamente meno e risulterebbe legittimata – è bene evitare infingimenti – l'*eutanasia* nella forma passiva (a parte, in questa sede, la questione inerente alla natura attiva od omissiva degli atti interruttivi): il che, del resto, non rappresenta per nulla qualcosa di meno dell'*eutanasia tout court*, in quanto nelle situazioni di precarietà esistenziale è sempre possibile far sì che la morte si produca privando il malato di qualcosa, piuttosto che intervenendo con atti idonei a cagionare il decesso.

Per la prima volta cadrebbe, su questa via, il principio per cui non può autorizzarsi dal punto di vista giuridico una cooperazione al fine della morte (cooperazione che invece non sussiste, è ovvio, quando si rinuncia a una terapia sproporzionata).



Ma nel contempo verrebbe meno l'*indipendenza* stessa del medico, quale titolare di una sfera di giudizio che fa capo alla sua specifica competenza professionale. Così che il medico verrebbe costantemente a trovarsi nella posizione di chi è assoggettato all'adempimento di obblighi (solo) contrattuali, se non addirittura all'adempimento di doveri impostigli unilateralmente dall'assistito.

Situazione la quale, si noti, finirebbe per rendere assai più temibile da parte del medico la prospettiva di essere chiamato a rispondere in sede giudiziaria per violazioni degli obblighi summenzionati (e, in genere, del consenso), che non per la *perdita* anticipata di un malato in condizioni precarie (data, fra l'altro, la difficoltà di provare l'efficacia causale, in tal caso, di un'astensione terapeutica). Con effetti dirimpenti sul piano della medicina difensiva: in situazioni problematiche o a rischio di eventi avversi, potrebbe infatti ritenersi comunque meno pericoloso, sul piano giuridico, il *non fare*, cioè l'astenersi da un'offerta terapeutica, rispetto al *fare* (pur quando il *fare* appaia del tutto conforme all'indicazione medica).

Una prospettiva – quella del medico mero *esecutore* e privato dell'autonomia connessa alla sua professionalità – la quale risulta altresì favorita dai tentativi ricorrenti volti a limitare l'ambito applicativo dell'obiezione (o della *clausola*) di coscienza. Tema che investe, peraltro, l'intero ambito delle professioni sanitarie (dal farmacista, all'infermiere, all'ostetrica, ecc.).

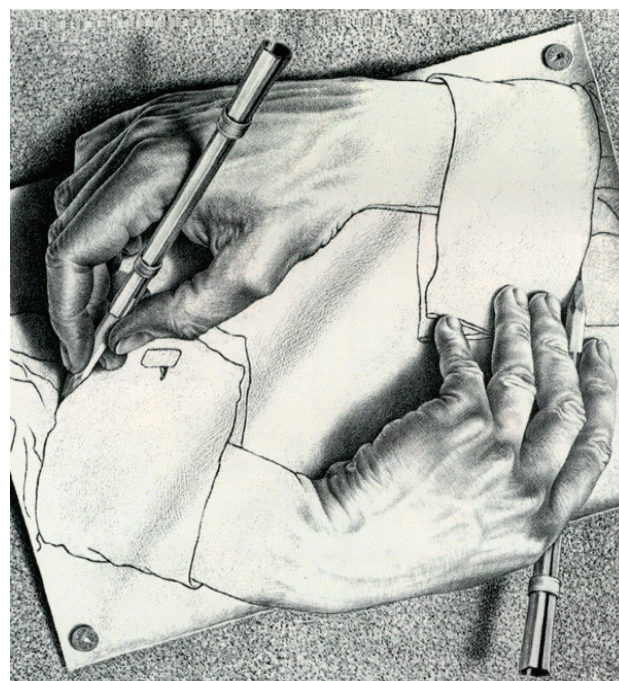
D'altra parte, proprio l'equilibrio del reciproco rapporto tra medico e paziente, tale da evitare l'assoggettamento dell'uno rispetto all'altro, garantisce che le decisioni mediche non siano prese sulla base di formalizzazioni burocratizzate, ma secondo un giudizio di proporzionalità dell'intervento terapeutico il quale davvero *tenga conto* – è questa la terminologia utilizzata, per esempio, nella Convenzione di Oviedo – di tutti i fattori rilevanti (si pensi per esempio all'incidenza degli stati psicologici): non esclusi i fattori stessi che il paziente abbia evidenziato in una dichiarazione anticipata.

E ciò protegge il malato dal rischio che il riconoscimento di diritti fittizi come quello di morire si risolva nella pressione psicologica a ratificare, come se fossero espressioni naturali della dignità personale, proprie *uscite di scena* che liberano la società dagli oneri dell'assistenza sanitaria quando non siano più recuperabili condizioni di piena efficienza fisica o psichica.

Rischio tanto più significativo alla luce delle posizioni disponibili ad ammettere la stessa richiesta di interrompere l'idratazione e l'alimentazione, con riguardo a situazioni patologiche pur non terminali né supportate da terapie intensive: vale a dire, l'interruzione di ciò che è necessario allo stesso individuo sano per vivere e che di conseguenza, non contrastando stati patologici, non costituisce terapia, ma cura di base. Non a caso, l'idratazione e l'alimentazione sono ordinariamente assicurate, finché il corpo ne possa fruire, anche nelle fasi estreme, a tutela della dignità dei morenti.

È quanto mai ambiguo, in sintesi, un clima culturale nel quale si prospetta all'opinione pubblica l'immagine di una medicina tendenzialmente disposta a congiurare ai danni del malato e dalla quale ci si dovrebbe difendere facendo valere *contro il medico* la propria autodeterminazione.

Si tratta di una visione in radicale antitesi a quella dell'*alleanza terapeutica*. L'autonomia del medico, che certamente esige alti livelli di coscienza professionale, è una garanzia essenziale di indipendenza della medicina rispetto agli interessi economici e ai condizionamenti politici: e lo resta, in primo luogo, per il malato.



**Professore Ordinario di Diritto Penale,
Facoltà di Giurisprudenza,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano;
Consigliere nazionale Associazione Scienza & Vita*