

SPECIALITÀ E PROFESSIONI A COLLOQUIO

La misericordia nella relazione della cura

**Fabio Cembrani**

Direttore Unità Operativa di Medicina legale Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

Corrispondenza a: Fabio Cembrani; Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento Centro per i Servizi Sanitari - Palazzina 'A' Viale Verona 38123 - Trento; Tel:+39 0461 904541 Fax:+39 0461 904541

Mail: fabio.cembrani@apss.tn.it

Abstract

Nel tempo del Giubileo straordinario indetto da Papa Francesco, l'Autore affronta il tema della misericordia provando a coglierne gli aspetti etico-pratici nella relazione di cura. Discute, in particolare, i limiti e le insufficienze del paternalismo medico e del modello della relazione di cura basato sull'autonomia della persona. E prova così a dare un volto (anche) umano alla misericordia indicandolo quale nuova dimensione all'alleanza terapeutica.

Parole chiave: colpa, deontologia medica, misericordia, responsabilità umana

The mercy in the health care relationship

In this article, the author discusses the topic of mercy, trying to focus on the ethical-practical aspects in the health care relationship. The limits of the medical paternalism and of the health care model based on the person's autonomy are discussed in order to propose mercy as the new dimension of the health care alliance.

Key words: care, human responsibility, medical deontology, mercy, negligence

Premessa

Papa Francesco ha, di recente, annunciato che il prossimo Giubileo straordinario sarà dedicato alla misericordia e che esso si aprirà l'8 dicembre 2015, nella solennità dell'Immacolata Concezione, quando Egli stesso aprirà la Porta Santa che, nell'occasione, diventerà la Porta della Misericordia. L'annuncio è stato accompagnato da un documento (*'Misericordiae Vultus'*) con cui il Papa, dopo aver ricordato che *"Gesù Cristo è il volto della misericordia del Padre"*, afferma che essa *"è la legge fondamentale che abita nel cuore di ogni persona quando guarda con occhi sinceri il fratello che incontra nel cammino della vita"*. Ammettendo che la Chiesa ha, molto probabilmente, *"dimenticato di indicare e di vivere la via della misericordia"* e che la pretesa della giustizia *"ha fatto dimenticare che questa è il primo passo, necessario e indispensabile [...] per raggiungere una meta più alta e più significativa"*. Perché la misericordia *"è la via che unisce Dio e l'uomo, perché apre il cuore alla speranza di essere amati per sempre nonostante il limite del nostro peccato"* e il disagio dell'uomo *"il quale, grazie all'enorme sviluppo della scienza e*

della tecnica, non mai prima conosciuto nella storia, è diventato padrone ed ha soggiogato e dominato la terra”.

Credenti o non credenti, non possiamo certo dire che questo solenne annuncio non ci abbia sorpreso proprio per il tema che il Papa argentino ha scelto per il Giubileo anche se la Sua decisione, a ben osservare, si colloca nel solco di una tradizione già tracciata dai Suoi predecessori [1]. Per l'apparente (a)storicità dell'argomento, per la sua osticità e per la sua stessa trasversalità che, come ha ammesso il Papa, “*possiede una valenza che va oltre i confini della Chiesa*” cattolica e che “*la relaziona all'Ebraismo e all'Islam, che la considerano uno degli attributi più qualificanti di Dio*”. Ed anche per la sua profonda densità perché, pur data per ammessa l'idea teologica che la misericordia è una proprietà sostanzialmente divina, sono molte le difficoltà che si incontrano quando si provi a tradurla sul piano etico-pratico, nella prospettiva della solidarietà e della reciprocità umana; e, per noi medici, nella concretezza dei comportamenti professionali agiti nei riguardi di chi si rivolge a noi esprimendo comunque un (legittimo) bisogno. Anche perché la misericordia, almeno nell'idea comune, sembra essere un moto dell'animo passeggero e dal carattere passivo che non incita all'azione; quasi una via di fuga di consistenza pseudo-dolciastra che ci è concessa per ritirarci vittoriosamente dai tanti problemi che riusciamo a cogliere ma non a risolvere. Non da ultimo perché in questa nostra strana epoca essa sembra essere stata espulsa dal cuore degli uomini, probabilmente a causa del processo di secolarizzazione che ha definitivamente separato la fede dalla ragione. Essendo stata sostituita e progressivamente confusa con altri sentimenti umani (in primo luogo, la pietà e la compassione) che con essa hanno però solo qualche affinità e mistificata da quel prevalente modo di pensare che fa prevalere il giusto sul buono e sul bene comune. Anche se l'idea di giustizia cui si fa riferimento è, di regola, quella retributiva e quella procedurale (delle leggi, delle regole e della tassatività del diritto) dimenticando che essa dovrebbe continuare ad affondare le sue radici nella realtà etica (non necessariamente trascendente) e che la sua vera dimensione è molto più ampia rispetto a quella che le viene assegnata. Recuperando, rawlsianamente, la prospettiva della giustizia come equità [2] perché essa sola può sostenere sistemi mutualmente cooperanti all'interno di istituzioni giuste. E l'idea, ripetutamente espressa da Carlo Maria Martini [3], che non esiste nessuna antitesi tra la giustizia e la misericordia e che, molto probabilmente, la vera giustizia si esprime nella capacità di essere realmente misericordiosi.

Chi crede nella verità rivelata è stato sicuramente colpito dalla scelta di Papa Francesco che ci invita a riflettere non solo riguardo alle verità rivelate affrontando sì una questione cristologica e teologica ma calandola concretamente dentro il funzionamento ed il tessuto sociale. Avendo il Santo Padre rimarcato quest'esigenza e così indicato a tutti gli uomini di buona volontà l'esigenza di percorrere una nuova strada.

Chi, invece, non crede nella trascendenza divina è sicuramente incuriosito da questa scelta anche se, molto probabilmente, è prevalente la schiera degli scettici e di chi guarda ad essa con ingenerosa sufficienza pensando ad una 'trovata' che sarà però priva di effetti pratici.

Per quelli che, come noi, hanno, invece, bisogno di continui stimoli di riflessione per ritrovare quei punti cardinali che la nostra bussola orientativa sembra aver smarrito vista la rapidissima trasformazione dei bisogni e degli assetti dell'organizzazione sanitaria, utili anche a definire un modello antropologico della relazione di cura in grado di stare al passo con i tempi dopo il definitivo tramonto del paternalismo medico e l'entrata in crisi del modello frettolosamente eretto sulla sola autonomia della persona, la scelta di Francesco rappresenta un'occasione davvero straordinaria. Ed a Lui dobbiamo essere umanamente grati pur non sapendo ancora se saremmo degni di attraversare, con umiltà, la Porta della Misericordia che sarà anche per noi aperta.

In primo luogo, per l'invito che è stato anche a noi rivolto di riflettere serenamente senza farci tentare dalle regole del 'non-pensiero', riconoscendone la pericolosità denunciata da Hanna Arendt [4] e la capacità che esso ha di traghettarci verso i lidi, purtroppo non sconosciuti nell'esperienza storica, dell'irresponsabile violenza umana e della seduzione del Male. Non certo secondariamente, per lo stimolo a (ri)dare un senso etico-pratico alla nostra vita professionale liberandoci dalle catene della pigrizia mentale, dai conflitti di interesse e dall'ipocrisia dominante ed incamminandoci, con rinnovata speranza, sulla strada della misericordia umana. E così ritrovare le radici dell'arte della cura e la nostra dimensione moderna che, nonostante gli imprevisi progressi della tecnica e gli sviluppi delle conoscenze scientifiche, restano saldamente adesi al piano umanistico o, recuperando il pensiero di Giorgio Cosmacini [5], a quello di una religiosità, fattasi rigorosamente umana. Illuminando di nuova (e non riflessa) luce il nostro ruolo che qualcuno ha voluto ridurre a quello del funzionario burocrate che, dentro le organizzazioni aziendali, compila moduli, razionalizza i processi ed efficientizza le prestazioni al solo scopo di contenere la spesa pubblica. Pur nella consapevolezza che esso non ci è dato ma conquistato, giorno dopo giorno, con impegno e responsabilità, per il tramite della relazione con i nostri simili che deve saper tessere la solidarietà umana, il rispetto nei diritti inviolabili della persona, la dignità umana e... dare così un volto autentico alla misericordia.

Senza alcun ostacolo frapposto dall'essere o dal non essere credenti. Perché chi è credente si cimenterà in questo progetto richiamandosi alla responsabilità che ci è stata assegnata all'inizio della nostra parabola terrena. Mentre chi non è credente lo farà in virtù dei legami di solidarietà che umanamente dobbiamo a chi si trova in una situazione di fragilità superando le derive di quel preoccupante materialismo che permea il pensiero moderno [6]. Non dimenticando, però, che dobbiamo essere misericordiosi non solo verso tutti i nostri simili ma anche verso noi stessi per, come scritto dal Santo Padre, "ravvedersi, convertirsi e credere". Se non in Dio e nella vita ultraterrena, nella nostra concreta capacità di provare a rendere il mondo davvero migliore senza dimenticare che ogni nostro sforzo realizzato in questa direzione non può trascurare quell'identità di genere che viene oggi messa in discussione da chi ammette l'esistenza di realtà biologiche 'pre-personali' (la vita gestazionale) e 'post-personali' [7] (le persone affette da patologie dementigene) e non considerare anche gli interessi generazionali futuri.

... ma che cosa è davvero la misericordia e quale è il suo vero volto?

La misericordia non è un sentimento comune, tipico o per così dire connaturato alla finitezza della natura umana.

La sua è una origine trascendente, divina, sovrannaturale e questo accomuna la tradizione biblica e quella coranica. Ogni Sura coranica (tranne un'eccezione) inizia con l'invocazione di Allah, onnipotente e tutto-misericordioso. E così nella tradizione giudaico-cristiana. Dio è, infatti, misericordioso nella sua onnipotenza e infinita carità. Così Isaia (30.18): "Eppure il Signore aspetta per farvi grazia, per questo sorge per aver pietà di voi, perché un Dio giusto è il Signore; beati coloro che sperano in lui!". "Paziente e misericordioso" è il binomio che ricorre spesso nell'Antico Testamento per definire la natura di Dio: "Egli perdona tutte le tue colpe, guarisce tutte le tue infermità, salva dalla fossa la tua vita, ti circonda di bontà e misericordia" (Salmo 103, 3-4). E così i Vangeli che ci danno una preziosa testimonianza di questa straordinaria qualità di Gesù che mostra pietà verso la sconosciuta vedova di Nain prima di resuscitarne l'unico figlio, che piange la morte di Lazzaro prima di risvegliarlo dalla morte, che perdona l'adultera non condannandola alla lapidazione prevista dalla legge ebraica come

avrebbero voluto gli Scribi e i Farisei, che si commuove per ogni peccatore e per tutte le pecore smarrite senza pastore, che si preoccupa per le persone che lo seguono e che non hanno da mangiare, che, nel famoso discorso dalla montagna, insegna ad amare i nemici, a pregare per i persecutori ed a riconciliarsi con i nostri fratelli e che guarisce l'indemoniato di Gerasa che "di continuo, notte e giorno, andava urlando tra i sepolcri e su per i monti, percuotendosi con delle pietre".

Ha ragione Francesco quando afferma che la misericordia è un sentimento insolito, non comune, davvero difficile da comprendere quando ci appelliamo alla sola razionalità. Con la conseguenza che ad essa ci dobbiamo accostare non solo provando a scavare tra i suoi determinanti linguistici per comprenderne i significanti ma rinverdendo quel meta-afferente che, purtroppo, non sembra più far parte del patrimonio genetico umano post-secolare: affrontandola con il cuore che, senza mettere in discussione la centralità dell'encefalo tanto cara ai neuro-cognitivisti moderni (e senza voler innescare alcun conflitto scientifico), resta, a mio modo di vedere, quell'organo, almeno simbolico, da cui originano i nostri sentimenti più profondi e la nostra stessa idea di umanità.

Sul piano linguistico è pacifico che la misericordia deriva dalla lingua latina: da *miserereor* (ho pietà) e da *cor - cordis* (cuore). Essa definisce e connota il sentimento di chi ha un cuore autentico per tutti gli altri esseri umani senza, però, quelle derive paternalistiche veicolate dal sentimento della compassione o dalla pietà. E richiama, sia pur a grandi linee, ciò che la tradizione ebraica indicava con la parola *rahamim*: lemma che stava a significare, le viscere materne pronte ad accogliere la vita nascente. Da qui l'idea che queste due parole siano accomunate da un tratto comune: l'esistenza di uno spazio (fisico o corporeo) che ciascuno di noi è nella possibilità di trovare dentro di sé (anche a costo di rinunciare ad una parte di sé) per dare vita all'altro con quella comunanza e reciprocità che è tipica della generosità femminile. Della donna che accetta, responsabilmente ed altruisticamente, di generare una nuova vita accogliendola dentro di sé. Con un dono gratuito, straordinario, irripetibile, produttore non solo di profondi legami familiari ma anche intra e inter-generazionali. E con un oggi e con un domani, con un presente e con un futuro che continuerà anche dopo di lei, dando continuità al genere umano che senza la *rahamim* (la misericordia) verrebbe ad interrompersi, a disconnettersi ed a frammentarsi sul piano dell'identità.

La misericordia rappresenta, così, quel filo non solo logico di colleganza e di comunione tra gli esseri umani che retrocede dalle tentazioni prodotte dall'individualismo e dal paternalismo che, nel dibattito politico, assume spesso l'abito di un fuorviante populismo che non dirime certo i contrasti e le tensioni sociali, che incrementa le disuguaglianze e le diseguità e che non affronta le tante forme di povertà e di emarginazione che esistono nel mondo. Dove i diritti sono spesso proclamati a voce negli spazi più o meno comuni per essere poi traditi nei fatti, resi non esigibili e mortalmente feriti da idee aberranti che, per quanto ci riguarda, approfittando anche delle tante difficoltà incontrate dall'Eurozona e dalla tenuta della nostra moneta, sembrano essere oramai arrivate ad un punto di non ritorno: così, ad. es., la proposta di affondamento, da parte di droni teleguidati, degli scafi e delle carrette usate dai profugli africani e medio-orientali che tentano disperatamente l'avventura in mare con l'obiettivo di sfuggire alle guerre ed alle carestie e di dare un futuro migliore ai loro figli.

Dunque, la misericordia non può essere confusa né con la pietà né con la compassione né, tantomeno, con la presunta leggerezza invocata dagli sbadati che criticano la decisione di Gesù di risparmiare dalla lapidazione quella donna colta in peccato carnale. Perché la misericordia è una manifestazione pratica della carità esprimendo, al contempo, una sovrabbondanza dell'idea di giustizia. Senza però negarla: realizzando essa il primato del bene

sul giusto. Sempre e costantemente abnegata, generosa, gratuita, paziente, non umorale; comunque libera, genuina, indipendente da qualsivoglia condizionamento e da qualunque interesse personale. Un dono straordinario ed un dono gratuito rappresentando la manifestazione etico-pratica, oltre che della giustizia, anche della carità. Carità che San Paolo, nella prima Lettera ai Corinzi, caratterizza come la più grande tra le virtù teologali (la fede, la speranza e la carità) assegnandole alcune caratteristiche proprie e descrivendola come “*paziente, [...] benigna, non è invidiosa, non si vanta...*”.

Dunque, la misericordia non può essere identificata, come è gradualmente avvenuto nel corso dei secoli, né con la pietà né con la compassione né con l'(apparentemente) ingenua tolleranza di chi rinuncia alla giustizia degli uomini, nonostante l'incerta nobiltà di questi sentimenti umani: che però rendono le relazioni asimmetriche, poco solidali, scarsamente costruttive anche sul versante dialettico, amplificando (e non certo detendendo) i *biases* che esistono tra chi prova pietà e compassione e coloro verso i quali tali sentimenti sono rivolti. Perché essi sono costantemente relegati in una situazione di passiva inferiorità rispetto all'altro.

Non così la misericordia. Essa esprime, infatti, un'idea più elevata che, agli effetti pratici, testimonia: (a) la priorità del bene sulla giustizia procedurale; (b) la capacità di esprimere la carità umana con autentica solidarietà; (c) l'attitudine ad essere misericordiosi anche verso noi stessi per correggere quel rassegnato pessimismo che ha, purtroppo, colto chi di noi si sente ferito, stanco, umiliato, solo. Perché l'incapacità di essere misericordiosi verso noi stessi preclude la capacità di provare un'autentica misericordia verso il prossimo e perché i fantasmi messi in moto dalla nostra incapacità di avere e di provare una misericordia interiore sono quelli dell'egoismo, del materialismo e della fluttuante ipocrisia.

Ma la misericordia ha un luogo ed uno spazio definito nell'arte e nella relazione di cura?

La misericordia non è un solo tema biblico e la riflessione filosofica ha ad essa dedicato ampi spazi di analisi a partire dalla scolastica medioevale (Anselmo d'Aosta e San Tommaso d'Aquino) anche se non mi risulta che la sua parabola evolutiva sia stata ancora stilata nello spazio del pensiero umano. Pur senza avere l'ambizione di tracciarla è chiaro, tuttavia, che il suo percorso non è stato assolutamente lineare visto che pensatori del calibro di Nietzsche [8] l'anno ritenuta uno tra i tratti non caratteristici del super-Uomo ed un atteggiamento avvilito, sospetto, ipocrita. Anche se, più recentemente, altri pensatori ne hanno messe in rilievo la sua dimensione umana a partire da quella divina [9]. Nel mondo professionale mai se ne è però discusso e parlato ed i vari modelli teorici che sono stati disegnati per colorare la relazione di cura hanno costantemente trascurato questa dimensione (probabilmente a causa della sua apparente dimensione ultraterrena) avendo fin qui alternativamente privilegiato o il *care* del paternalismo medico o la *moral agency* della persona. Non avendo, però, quest'ultimo modello teoretico risolto le tensioni e le asimmetrie insite nella relazione di cura e che, a ben guardare, ha finito con lo spostare le solitudini decisionali anche se ciò è avvenuto con la costituzionalizzazione dei diritti umani. Essendo stata la persona umana indicata quale struttura assiologica cui affidare prioritariamente (ed incondizionatamente) ogni scelta decisionale anche nel campo della cura e così relegando il professionista nelle retrovie di un piano di informazione e di esecuzione tecnica.

Nonostante questa persistente assenza della misericordia nel dibattito professionale, molti sono i quesiti che si affacciano nella nostra mente dopo l'annuncio del Santo Padre. Quale è, nel nostro difficile mestiere, il volto umano della misericordia? Esiste un luogo ed uno spazio che possiamo dedicare alla misericordia nella relazione di cura? È essa un sentimento

il cui esercizio è circoscritto al solo medico credente? Quale è stata la sua eventuale parabola nella storia della medicina? E quale è l'idea che viene ad essa assegnata dalla deontologia medica?

Ad evitare critiche - e per non alimentare ulteriori spaccature nel mondo professionale in cui naturalmente coesistono modi di sentire diversi - voglio ricordare che la parola misericordia non ricorre nemmeno una volta nel Codice di deontologia medica (ultima revisione: maggio 2014). Può, naturalmente, trattarsi di una svista o, forse, anche se ne dubito (il linguaggio deontologico non ha mai brillato in termini di compostezza e di coerenza), di una scelta consapevole, atta ad evitare le critiche da parte dei medici non credenti o di chi pensa (ingiustamente) che la misericordia sia una sola verità rivelata. O di una immaturità professionale perché anche questa nuova versione del Codice si è rivelata non al passo con i tempi che richiedevano una svolta radicale della professione, almeno sul versante deontologico. Che, ancora una volta, appare rinunciatario, in qualche parte ridondante, in altre poco chiaro, in altre colpevolmente elusivo, in altre davvero opinabile e che non è stato in grado di esprimere quel cambio di prospettiva che i medici chiedevano e che i tempi imponevano sia pur nel rispetto della continuità di una storia millenaria che affonda le sue radici nell'età greca e, più in particolare, nel IV secolo prima di Cristo quando vide la luce il Codice ippocratico.

Potrei chiudere qua, affermando che la deontologia medica e - dunque - il sentire comune del medico italiano mai cita la misericordia che sembra così essere una qualità non richiestaci.

Tuttavia, non è così, almeno a mio modesto modo di vedere. Perché se guardiamo al “*non-detto riflessivo*” [10] del Codice qualche idea può essere espressa per dare ad essa una dimensione in prospettiva etico-pratica. Ogni impresa di codificazione contiene, infatti, al suo interno un ‘*non-detto*’ che funge da spina dorsale per tenere assieme, in maniera organica, le singole previsioni anche se esso deve essere colto riflessivamente, desumendolo dalla trama del testo: così la nostra Costituzione fondata sul principio di laicità e di pluralismo della democrazia liberale; così, anche, la norma penale che fonda il suo presupposto sul principio generale del *neminem ledere*; così, ancora, la legge civile che riconosce il suo filo conduttore nel dovere di risarcire il danno ingiusto; e così anche la riflessione deontologica che contiene il suo ‘*non detto riflessivo*’.

Tutte le codificazioni riconoscono, dunque, al loro interno un'ossatura che funziona da telaio portante senza la quale è davvero difficile assegnare alle diverse previsioni quelle inter-connessioni virtuose che ad esse conferiscono uno statuto unitario e, per dirla in un'altra maniera, comunitario e sociale.

Riconosco il *non-detto riflessivo* del Codice di deontologia medica in quattro idee di fondo: (1) all'idea che la salute non è da rappresentare come sola assenza di malattia ma come uno stato aperto e dinamico, di benessere complessivo della persona umana; (2) all'idea che la relazione di cura è un traffico crocevia verso il quale convergono non solo istanze professionali ma soprattutto istanze etiche, umane e civili; (3) all'idea che l'alleanza terapeutica deve promuovere autenticamente e responsabilmente le libertà inviolabili iscritte nella persona umana; (4) all'idea che il modello antropologico sul quale deve essere agita la relazione di cura non è né quello paternalistico né quello dell'autonomia perché entrambi finiscono con lo sbilanciare ulteriormente le asimmetrie poste dall'incontro tra ‘chi sa’ e ‘chi non sa’, tra chi soffre e chi guarisce, tra chi chiede alla medicina un aiuto misericordioso per guarire e chi, con altrettanta misericordia verso sé stesso, riconosce ed ammette i limiti del suo sapere tecnico.

Esaminiamo queste idee che, a mio modo di vedere, rappresentano il *non-detto riflessivo* del Codice di deontologia medica a cui bisogna guardare con sguardo attento, naturalmente a patto che si voglia da esso desumere quegli orientamenti generali utili a caratterizzare il nostro ruolo sociale e l'idea che la nostra professione debba essere praticata con naturale e umana misericordia..

Scarni sono, purtroppo, i passaggi contenuti nella nuova versione del Codice utili a capire quale è l'idea di salute cui esso vuole ispirarsi. Spariti i precedenti riferimenti ad alcune delle sue dimensioni costitutive, l'art. 5 della nuova versione del Codice ('Promozione della salute, ambiente e salute globale') esorta il medico a "*considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva*" invitandolo a "*collabora(re) all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio*". Mai il Codice esplicita la prospettiva bio-psico-sociale della salute che le è stata riconosciuta in tempi non sospetti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità anche se, in altre parti, essa viene in qualche modo collegata con la sofferenza. Ciò avviene nell'art. 3 ('Doveri generali del medico') che dà rilievo al "*trattamento del dolore*" e al "*sollevio della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera*"; nell'art. 16 ('Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati') che, pur invitando il medico a non intraprendere né ad insistere "*in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita*" lo esorta al "*controllo efficace del dolore*" configurato "*in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato*"; e nell'art. 39 ('Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza') che invita il medico a non abbandonare "*il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita*".

È dunque di tutto interesse annotare che il Codice di deontologia medica, pur mai riferendosi esplicitamente alle dimensioni costitutive della salute, conferma la sua prospettiva aperta e dinamica e le relazioni che essa ha con la nostra personalità e con la nostra traiettoria biografica. Come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità che l'ha ricondotta, in positivo, ad uno '*stato*', cioè una condizione di stabilità, ulteriormente specificata dal termine '*benessere*' e dagli aggettivi '*fisico, mentale e sociale*' accostando questo stato alla nozione complessiva di benessere anche psichico e sociale. Ciò a rafforzare un'idea di salute intesa non solo come assenza di malattia, ulteriormente sviluppata con l'idea di benessere; la specificazione in negativo viene aggiunta in quanto evidentemente il '*benessere fisico, psichico e sociale*' appare insufficiente per una esauriente connotazione dello stato di salute. In pratica ad una prima prospettiva (che si propone di descrivere l'essenza e la vera natura del fenomeno salute) si aggiunge una seconda prospettiva che, rispetto a quella, introduce un elemento relazionale e dialettico che rinvia ad un'altra entità rispetto alla salute, espressa in forma negativa (l'assenza di malattia).

La salute è, dunque, uno stato aperto e dinamico che interferisce, naturalmente, con lo sviluppo della nostra personalità e della nostra biografia personale e l'attenzione ripetutamente data dal Codice al trattamento del dolore anche nelle fasi terminali della vita quando le terapie tradizionali non sono più utili ed appropriate, mi sembra ben colga questa prospettiva a cui bisogna guardare con carità e misericordia. Abbandonando quella dominante razionalità materialista e recuperando quell'alto tasso di religiosità umana (la misericordia,

appunto) richiesta al medico nel trattamento della sofferenza e nell'accompagnamento del morente.

Esaminiamo, ora, la relazione di cura che ho rappresentato con una metafora: un incrocio (un crocevia) dove non esiste, però, una lanterna semaforica funzionante o una rotonda destinata a disciplinare l'intenso traffico veicolare e dove le uscite sono scarsamente indicate dalla segnaletica stradale. Naturalmente, su questo crocevia convergono, provenienti da direzioni diverse, interessi ed istanze diverse. Provenienti da almeno tre soggetti: da una parte la persona che richiede una prestazione di diagnosi e di cura a causa di una malattia o di un bisogno, dall'altra il professionista che mette in campo la sua conoscenza, la sua esperienza e la sua competenza nella soluzione del problema e dall'altra, ancora, l'organizzazione sanitaria che sempre più chiede al professionista comportamenti efficienti per risolvere le liste di attesa ed un'appropriatezza sempre più condizionata dalla drammatica crisi economica che stiamo attraversando e dal decremento delle risorse disponibili. A ciò si aggiungano anche due ulteriori attori che spesso entrano sulla scena: i familiari della persona o chi la rappresenta giuridicamente che, spesso, esprimono idee contrastanti rispetto alle scelte individuali ed a quelle proposte dal medico; e la giurisdizione che i medici individuano come il motore che sviluppa una diffusa (ritenuta) *malpractice*.

Con istanze diverse che provengono da questi attori principali e che non sono di tipo esclusivamente professionale ma anche (e soprattutto) umane, civili e sociali.

Affermare che la relazione di cura si fonda assiologicamente sulle sole istanze professionali è erroneo. Certo, essa sgorga dalla richiesta prioritaria di cura presentata da chi soffre e che chiede, evidentemente, una risposta di tipo professionale a chi ha la conoscenza di quest'arte e la competenza per realizzarla. Ma non solo: perché chi soffre chiede anche rispetto e solidarietà all'interno di una relazione che è messa in discussione, nella sua tenuta, da una perenne e non risolvibile asimmetria umana che può essere contenuta proprio dalla misericordia. Essa si realizza, infatti, tra la persona che non conosce ed il professionista che sa, tra chi soffre e chi non soffre, tra chi chiede aiuto e chi è tenuto a darlo stante la posizione di garanzia esercitata all'interno dell'organizzazione sanitaria che è chiamata a dar tutela effettiva al bene-salute garantito dall'art. 32 Cost., nell'interesse del singolo e della collettività.

Quest'asimmetria relazionale esiste e sarebbe innaturale negarla o tentare di risolverla banalizzandola perché la concretezza del vivere non lo consente: essa è e resta forzatamente asimmetrica proprio per la diversa forza dei protagonisti che intervengono nella relazione di cura. Accontentiamoci, dunque, di detenderla e di farlo agendo su quelle altre (diverse) istanze che circolano in quel crocevia metaforico con cui l'ho poc'anzi rappresentata. Sono proprio esse che, a mio modo di vedere, consentono di dare un nuovo abito alla relazione di cura in quella prospettiva autentica di mutuo riconoscimento tra simili che è non solo la base portante della relazionalità ma che fonda l'idea di quell'auto-comprensione etica dell'umanità difesa strenuamente da Habermas [11]. Che deve essere sostenuta con il *logos* del linguaggio e che si acquisisce solo attraverso lo sforzo collettivo di agenti responsabili e misericordiosi. Con un reciproco e mutuo riconoscimento realizzato da persone che hanno un uguale *status* normativo e che si riconoscono nel rispetto misericordioso che apre nuovi spazi, anche fisici, di cooperazione e di mutualità.

Vengo, infine, all'idea di un nuovo modello teorico della relazione di cura fondato sulla mutua misericordia.

L'idea che l'arte della cura abbia necessità di un nuovo modello antropologico capace di bilanciare quelle asimmetrie che comunque ne sono parte costitutiva non è un'esigenza nuova perché, da più parti, sono state messe in evidenza le insufficienze sia del modello pa-

terralistico che di quello fondato sull'autonomia della persona: perché il primo mantiene l'asse decisionale sul professionista della salute e perché il secondo non considera che questi assi possono sempre entrare tra loro in insanabile conflitto. Una cosa è però certa: la relazione di cura è, sempre, condizionata anche da vincoli esterni che occorre indicare nel rispetto (e nella promozione) delle libertà fondamentali della persona umana che non possiamo circoscrivere al solo 'consenso informato' o al rifiuto, altrettanto informato, discutibilmente introdotto dal nuovo Codice di deontologia medica, visto e considerato che tali libertà sono molto più ampie e che il loro catalogo richiede lo studio di fonti giuridiche di provenienza diversa. A cui occorre guardare con rinnovato interesse interpretandole come vincoli, per così dire esterni, che modulano la relazione di cura nel senso che questa deve ad essa attenersi sia sul piano del rispetto che della promozione. Attenzione, però, a non lasciar intorbidire le acque dai soli vincoli esterni. Perché la relazione di cura non viaggia solo in relazione ad essi che si devono incontrare con alcuni principi interni che il Codice deontologico pone a fondamento dell'esercizio professionale: che non possono essere agiti in astratto ma solo dentro la relazione di cura e, dunque, rispettando e promuovendo le libertà inviolabili della persona umana.

Li identifico: (1) nelle conoscenze scientifiche; (2) nell'utilizzo appropriato delle risorse; (3) in due divieti, quello all'accanimento diagnostico e terapeutico e quello all'eutanasia.

Sul divieto eutanasi si deve registrare il persistente silenzio del Codice che avrebbe dovuto fare chiarezza sui termini di una questione spesso strumentalizzata nella riflessione bioetica con il ricorso a termini ambiguamente conati dagli interpreti [12]: l'eutanasia è, infatti, una ed una soltanto e deve essere individuata nelle sole azioni professionali intenzionalmente finalizzate a provocare la morte della persona anche su sua richiesta e, dunque, riconducendola a quelle ipotesi criminose ricomprese nell'omicidio del consenziente [13] e nell'aiuto al suicidio [14].

Il divieto all'accanimento terapeutico è, invece, indicato dal Codice che all'art. 16, che pur non lo esplicita come nella versione precedente; e che invita il medico ad evitare "procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute". L'invito è chiaro ed esso esorta il medico a non attuare e a cessare trattamenti "inappropriati" o "eticamente non proporzionati" quando essi, naturalmente, non abbiano alcuna ragionevole incidenza né sull'attesa né sulla qualità della vita della persona. Dando un chiaro volto espressivo alla misericordia che, come già ricordato, è l'espressione pratica della carità e l'affermazione del primato del bene sulla giustizia procedurale.

Gli altri principi interni che danno forma e sostanza alla relazione di cura limitando, in qualche modo, l'autonomia della persona senza però tradire la misericordia sono rappresentati: (1) dalle conoscenze tecnico-scientifiche che informano l'autonomia e la responsabilità del professionista; (2) dal buon utilizzo delle risorse che, in tempi di drastico ridimensionamento delle risorse dovute alla crisi economica internazionale, è la base per una medicina pubblica sostenibile; (3) dalla libertà di coscienza.

Si tratta di principi che devono saper illuminare la relazione di cura per bilanciare quella devianza tirannica assiologicamente orientata a privilegiare o il principio di autonomia o quello di beneficienza su cui regge, rispettivamente, il paradigma dell'autonomia e quello del paternalismo medico.

Iniziamo con le 'conoscenze visto e considerato che, naturalmente, ogni sapere umano deve essere fondato su solide basi di conoscenza, che esse devono essere validate nel nostro caso dalla comunità scientifica internazionale informando, conseguentemente, l'autonomia e la responsabilità professionale. È l'art. 13 ('Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e

riabilitazione') che delimita gli spazi delle conoscenze tecniche riconoscendone comunque la loro finitezza. Esortando il medico a fondare costantemente la sua opera "sulle evidenze scientifiche disponibili" tenuto conto "delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti", a non adottare né diffondere "pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente", a non "compiacere la persona" nell'attività prescrittiva, a non diffondere terapie segrete e a "prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell'ordinamento". Le idee-chiave sono il rigore metodologico e la validazione scientifica che devono costantemente orientare e sostenere l'esercizio della professione e che danno forma ad un sapere adeguato al progresso della ricerca scientifica e professionale, come indica correttamente l'art. 19 del Codice (Aggiornamento e formazione professionale permanente).

La questione della sostenibilità pone, non certo secondariamente, un ulteriore principio di autoregolamentazione interna dell'arte della cura: mi riferisco al buon uso delle risorse che deve costantemente supportare l'autonomia e la responsabilità dei professionisti della salute chiamandoli, naturalmente, a realizzare azioni professionali coerenti con il principio di giustizia tanto caro alla riflessione bioetica: principio, questo, che non deve essere confuso con l'appropriatezza economica e che ci indica, sempre e comunque, di valutare quali sono le ricadute sulla socialità di scelte professionali ancorché fatte nell'interesse di salute della persona umana. Dando un volto sostenibile alla misericordia che, naturalmente, non può non tener conto che il bene comune mantiene un primato sulla giustizia procedurale e che esso deve essere necessariamente contenuto nei confini perimetrali per evitare la sua non sostenibilità umana.

Sulla libertà di coscienza il discorso si fa ampio e qui merita solo ricordare che il Codice invita il medico a maturare una sua personale coscienza ritenendola un valore da preservare anche se la sua difesa non può, naturalmente, interferire negativamente con i beni da essa messi in discussione.

Alcuni brevi spunti di riflessione... come conclusione.

Resta a questo punto da chiarire un'ulteriore questione. Ma c'è davvero e se sì, quale è lo spazio effettivo e reale che deve essere affidato alla misericordia nella relazione di cura?

Ho già detto che questa attitudine non può essere confusa né con la pietà né con la compassione. Trattandosi di una pretesa ampia e non di un sentimento che può o meno nascere, di volta in volta, a seconda delle nostre particolari sensibilità interiori e delle vicende di vita con cui veniamo a contatto. Un'attitudine, dunque, che, pur avendo a che vedere con la carità e con la giustizia da cui prendono spesso origine la pietà e la compassione, è straordinariamente più grande. Perché se è vero che la misericordia è una manifestazione pratica della carità, altrettanto vero è che essa esprime, al contempo, una sovrabbondanza dell'idea di giustizia, pur senza negarla: decretando comunque il primato del bene sul giusto. Primato che non è riconosciuto dalla tradizione giuridica classica che teme la disgregazione dell'unitarietà e della tassatività dell'ordinamento dato da un'idea di bene per così dire ad esso sovraordinato. Anche se qualche interprete ha saputo indicare le aporie dell'autorità di chi comanda e che rivendica la legittimità e le derive che possono essere osservate quando la giustizia prevale sul bene. Perché ciò che è giusto per l'ordinamento non sempre può essere considerato come un bene per la collettività specie quando la giustizia è stata amplificata in quella dimensione procedurale tipica dell'ordinamento moderno che consente di assolvere, per l'avvenuta prescrizione del reato, chi è stato artefice di un vero

e proprio disastro ambientale come quello provocata dall'inquinamento dell'ambiente con fibre di amianto. E la misericordia non può avere mille volti, a seconda delle stagioni. Richiedendo il suo pratico esercizio abnegazione, generosità, gratuità, una sana pazienza, fermezza d'animo, non umoralità; comunque libertà, genuinità, indipendenza da qualsivoglia condizionamento esterno e da qualunque interesse personale. La voglia di donare e di dare spazio, con una fisicità che è dentro di noi e che ci appartiene proprio in quanto esseri umani, al volto dell'altro che ci chiede ospitalità, fratellanza, rispetto ed amore.

Un'attitudine che supera, dunque, la razionalità e che ci consegna all'altro in uno spazio, anche fisico, che, per qualcuno di noi, può anche assumere una dimensione trascendente. Riportando la medicina sulla strada del sacro anche per correggere quella irreligiosità culturale che ha rimosso la morte e tecnicizzato il nascere, il vivere ed il morire; che non nega certo i suoi limiti e che vuole responsabilmente recuperare quell'antropologia umana che resta sostanzialmente relazionale e che si applica, con persistente misericordia, ai bisogni dei nostri simili promuovendo la dignità del malato. Sapendo essere, anche, misericordiosi verso noi stessi quando gli eventi sembrano prendere il sopravvento, quando sentiamo di doverci arrendere alle miopie e alle presbiopie dell'organizzazione, quando deponiamo le armi pensando al momento in cui l'età ci metterà definitivamente fuori gioco, quando ci sentiamo drammaticamente soli e frustrati per aver espresso il nostro pensiero in controtendenza assumendocene però la responsabilità.

Sono convinto che quando il nostro cuore saprà esprimere un'autentica misericordia e quando i nostri occhi non tradiranno l'emozione è molto probabile che la nostra strada di uomini impegnati sarà più facile e la tortuosità del nostro cammino professionale resa più agevole. E solo allora, credenti o non credenti, potremmo davvero passare sotto quella Santa Porta che sarà aperta dal Papa mantenendo il nostro capo alto e fiero... e mantenere fisso il nostro sguardo su un'idea di umanesimo non tradito.

Bibliografia

[1] Giovanni Paolo II, Lettera Enciclica *Dives in Misericordia*, 1980

[2] J. Rawls, *Giustizia come equità. Una riformulazione*, Milano, 2002

[3] C. M. Martini, G. Sporschill, *Conversazioni notturne a Gerusalemme. Sul rischio della fede*, Milano 2008

[4] H. Arendt, *La banalità del male*, Milano, 2008

[5] G. Cosmacini, *La religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*, Roma-Bari, 2007

[6] F. Nietzsche, *La gaia scienza*, Milano, 1967

[7] F. Cembrani, *Il valore etico della fragilità: la sfida etica posta dalle malattie dementigene*, in *Psicogeriatría*, 2014, 3., pp. 26-34

[8] F. Nietzsche, *La Gaia scienza*, Milano, 2010

[9] M. Zambrano, *L'uomo e il divino*, Roma, 2007

[10] P. Ricoeur, *Il giusto*, vol. II. Torino, 2002

[11] J. Habermas, *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, 2002, Torino.

[12] C. M. Martini, 21 gennaio 2007 (*Il Sole 24 ore*): "E' di grandissima importanza [...] distinguere tra eutanasia e astensione dall' accanimento terapeutico, due termini spesso confusi. La prima si riferisce ad un gesto che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte; la seconda consiste nella "rinuncia ... all' utilizzo di procedure mediche sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo (Compendio catechismo della Chiesa, n. 471). Evitando l' accanimento terapeutico "non si vuole procurare la morte; si accetta di non poterla impedire" (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2278) assumendo così i limiti propri della condizione umana mortale. Il punto delicato è che per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare ad una regola generale, ma occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. In particolare non può essere trascurata la volontà del malato in quanto a lui compete ... di valutare se le cure che gli vengono proposte, in tali casi di eccezionale gravità, sono effettivamente proporzionate. [...] Forse sarebbe più corretto parlare non di "sospensione dei trattamenti" (e ancor meno di "staccare la spina") ma di limitazione dei trattamenti. Risulterebbe così più chiaro che l' assistenza deve continuare, commisurandosi alle effettive esigenze della persona, assicurando ad esempio la sedazione del dolore e le cure infermieristiche".

[13] Art. 579 Cod. penale (Omicidio del consenziente): "Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui [c.p. 50], è punito con la reclusione da sei a quindici anni [c.p. 20, 32]. Non si

applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio [c.p. 575, 576, 577] se il fatto è commesso: 1. contro una persona minore degli anni diciotto; 2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpo con inganno”.

[14] Art. 580 Cod. penale (Istigazione o aiuto al suicidio): “Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio,

ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio”.