

*Per un diritto gentile
alla fine della vita*



[http:// undirittogentile.wordpress.com](http://undirittogentile.wordpress.com)

La giornata di oggi

*due linguaggi, due culture,
che convivono malamente
nella pratica della medicina*

*la storia e i contenuti delle due proposte
che oggi esamineremo insieme
testimoniano
una diversa possibilità*

dalle questioni di fine vita
all'orizzonte più ampio della relazione di cura

la parola dominante
sarà
«decisione»

dovremo considerare e discutere
le tre dimensioni
della decisione

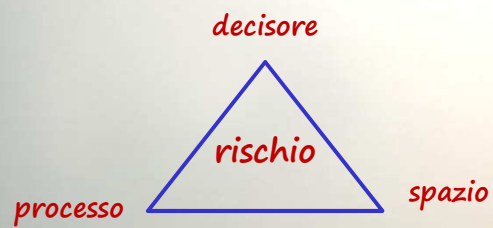
dovremo considerare
in etica medicina e diritto
le dimensioni
della decisione

chi
decide

il processo di
decisione

lo spazio utile
di decisione

e misurare la quarta dimensione:



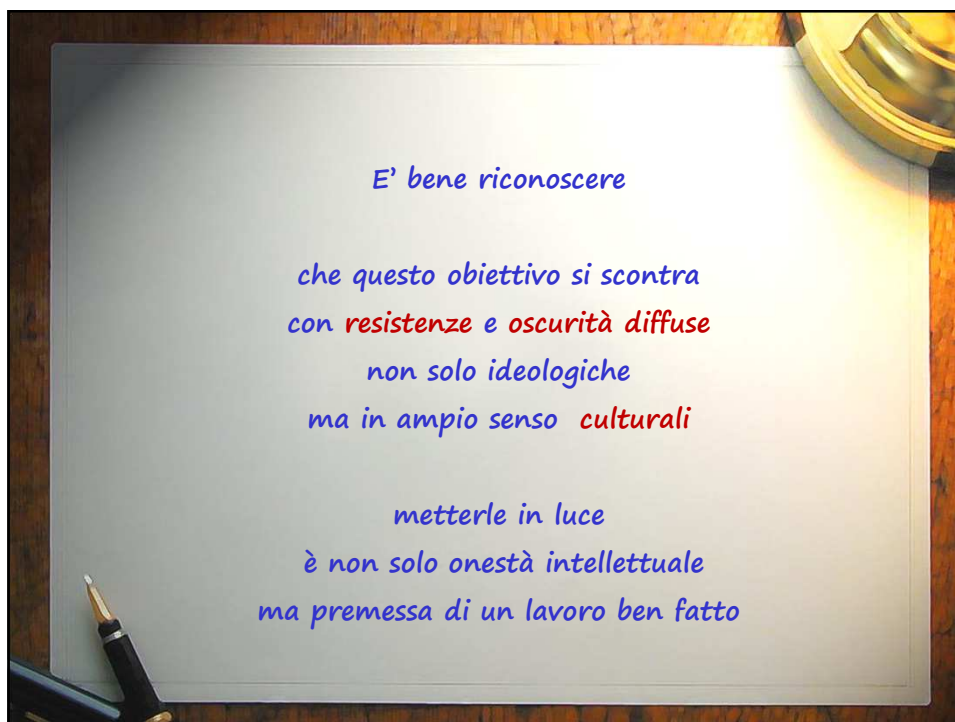
il rischio e le sue conseguenze

Discuteremo proposte
di linee di condotta

limpide

e/ma

conformi alla dignità e ai diritti
di tutte le persone coinvolte





ritardi e resistenze del diritto



la cultura giuridica corrente
è afflitta da una sorta di **dissociazione**
frutto di una lenta transizione del suo paradigma

sa enunciare **buoni principi**
ma li affida poi
a un **paradigma rigido e inattuale**

chiamiamolo
«**riduzionismo dogmatico/formale**»

un esempio per tutti:
la **consensualità** della relazione di cura
si **accartoccia** miseramente
nel «**consenso informato**»

altri guasti da strumenti «estranei»
alla realtà della relazione :

giustificazione dell'atto medico
costruita sul modello della lesione
anziché dell'habeas corpus

situazioni d'urgenza e scelte tragiche
affidate a regole penali create per lesione e omicidio
a un linguaggio normativo inattuale ed estraneo
a interpretazioni aleatorie

situazioni di inizio e fine vita un tempo sconosciute
affrontate con schemi obsoleti formati
quando nascita e morte erano in braccio alla natura
come eventi estranei al problema della «decisione»

ritardi e resistenze della medicina

1894...

...nascita europea del principio del consenso

1996..

La «potestà» del medico è cancellata
dal Codice deontologico dei medici italiani

...cento anni.....

nel secolo trascorso

tutto è cambiato
quanto a diritti della persona
quanto a cultura della relazione
quanto a conoscenze sul rapporto corpo-mente

.....
ma chi osserva la «semantica relazionale»
della comune prassi sanitaria
(Fontanella, Comunicazione diseguale. 2011)

registra il dominio
di due riduzionismi tra loro connessi

1. configurazione gerarchica della relazione di cura

che si regge su

2. obiettivo di cura del corpo-macchina
separato
dal problema persona

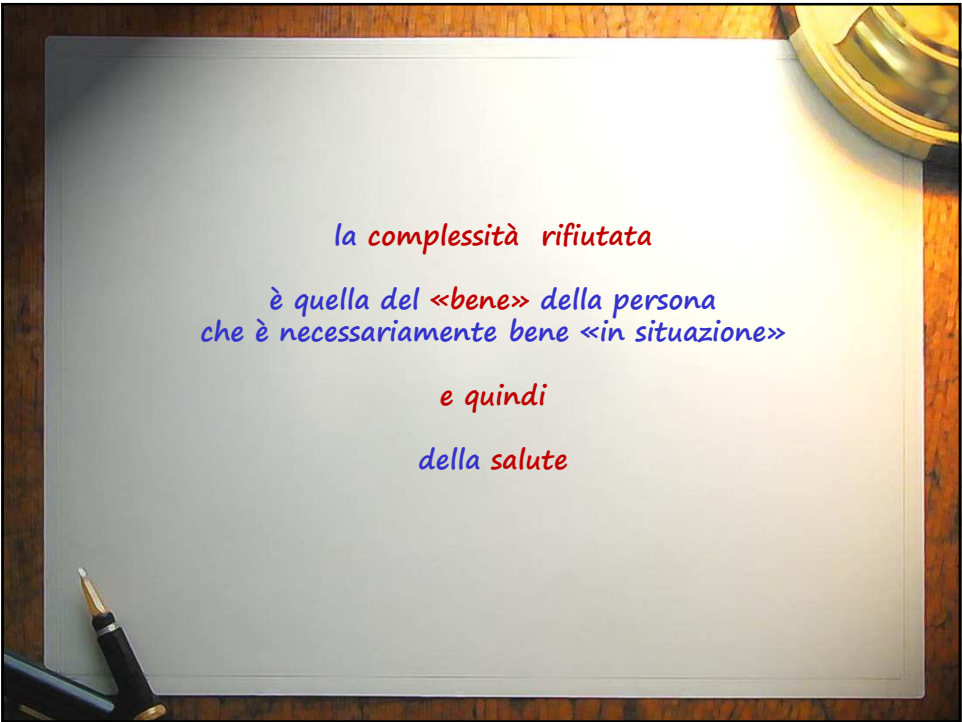
di qui l'assioma che diventa «legge» del rapporto:

«La relazione di cura è un rapporto
tra un competente e un incompetente»



affermazione compatibile solo
con un riduzionismo cognitivo e assiologico

la fabrica humani corporis di Vesalio
e l' errore di Cartesio



la complessità rifiutata
è quella del «bene» della persona
che è necessariamente bene «in situazione»
e quindi
della salute

in base a questo rifiuto
si asserisce
un ruolo normativo «esclusivo» della medicina
per le decisioni di cura

dettando la legge del «bene» in situazione
della persona
in contrasto alla premessa

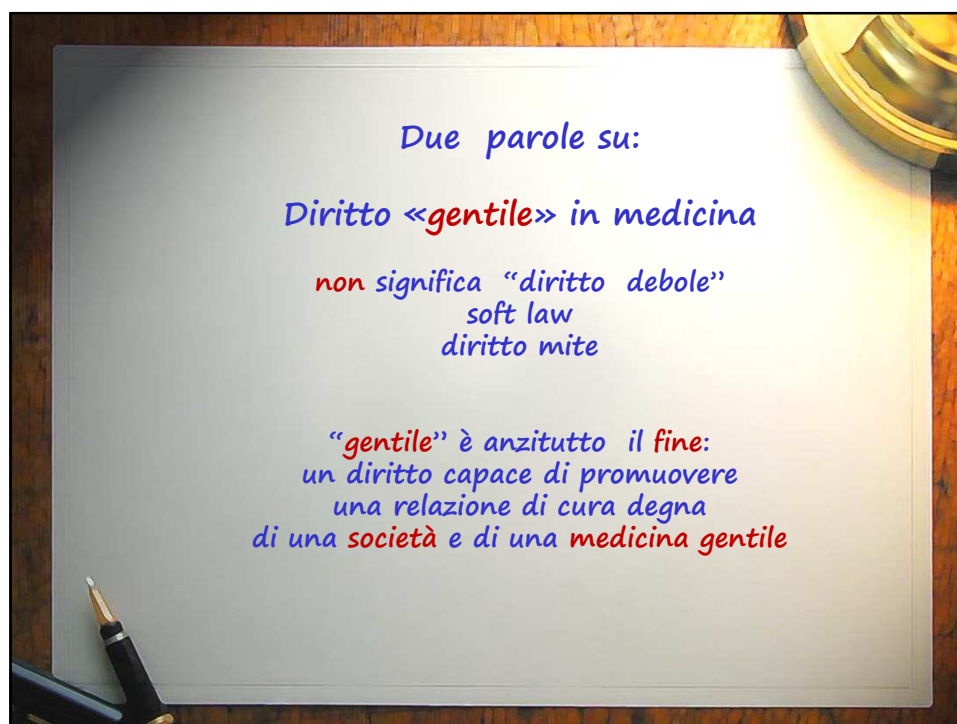
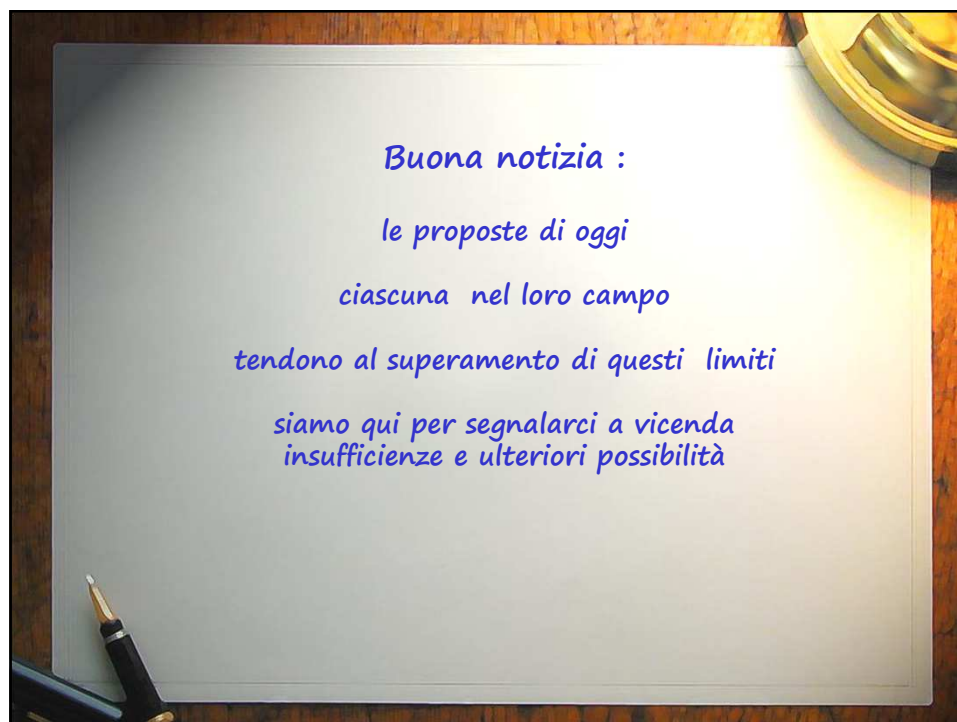
al paziente (se lucido)
resta il prendere/lasciare
come scelta che chiude la relazione di cura

per le stesse ragioni

al medico

non è comunemente richiesta formazione etica

non è comunemente richiesta formazione alla relazione



“gentile” è poi l'approccio:
un diritto che «si prende cura» dei problemi reali:

1. sa di dover osservare, conoscere, capire
prima di dettare norme
2. valorizza e recepisce le migliori soluzioni della pratica
3. prevede possibili reazioni di rigetto
e studia come risolverle
4. elabora un linguaggio il più vicino possibile
al linguaggio della relazione di cura



si costruisce necessariamente
nell'ascolto e nel dialogo
con chi vive la medicina:
professionisti sanitari e «pazienti esperti»

Il progetto



*una piccola barca
in acque non «gentili»
che cerca il sostegno
di cittadini e medici
«gentili»*