

*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

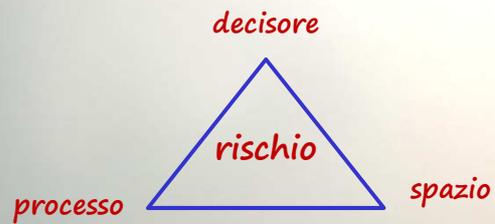
dovremo considerare  
in etica medicina e diritto  
le dimensioni  
della decisione

chi  
decide

il processo di  
decisione

lo spazio utile  
di decisione

e misurare la quarta dimensione:



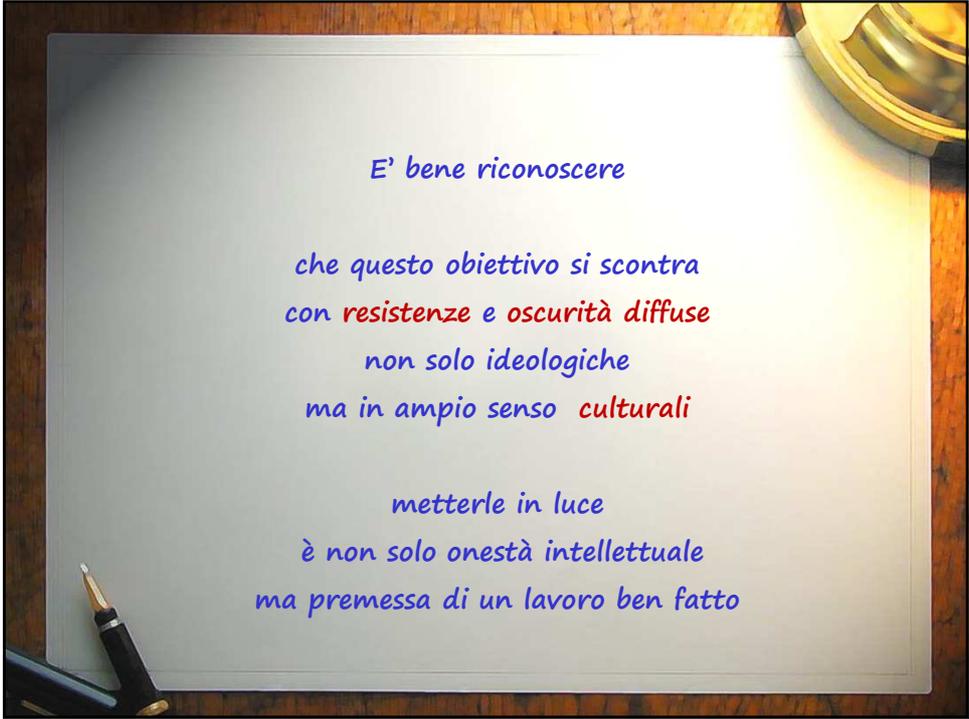
il rischio e le sue conseguenze

Discuteremo proposte  
di linee di condotta

limpide

e/ma

conformi alla dignità e ai diritti  
di tutte le persone coinvolte



*E' bene riconoscere*

*che questo obiettivo si scontra  
con **resistenze e oscurità diffuse**  
non solo ideologiche  
ma in ampio senso **culturali***

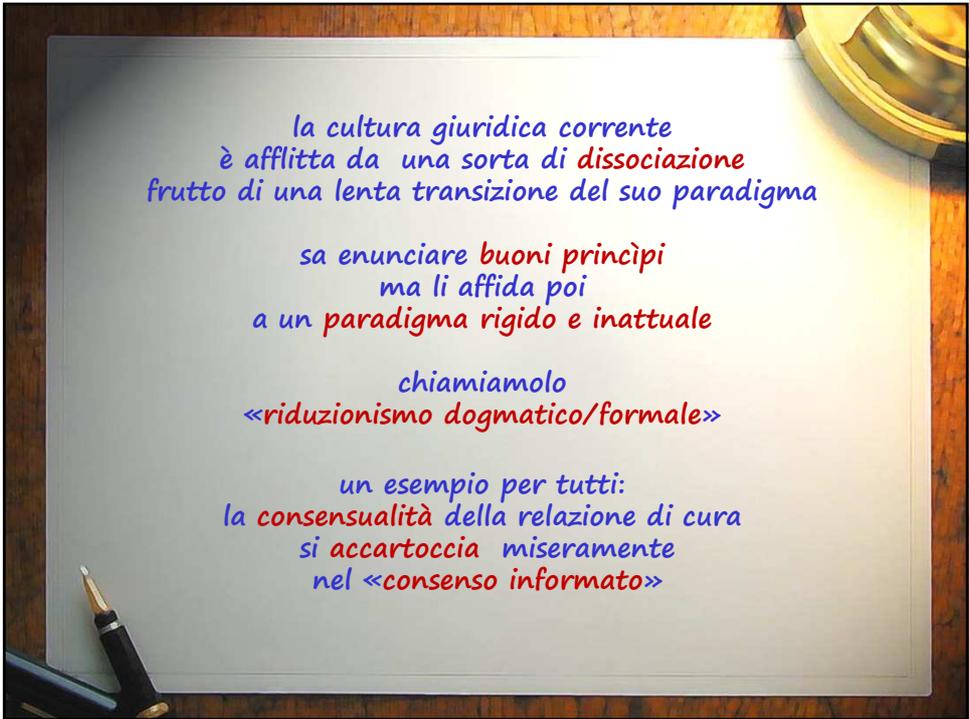
*metterle in luce  
è non solo onestà intellettuale  
ma premessa di un lavoro ben fatto*



*quali aspetti delle nostre «culture»  
sono di ostacolo?*



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 *accartocchia 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

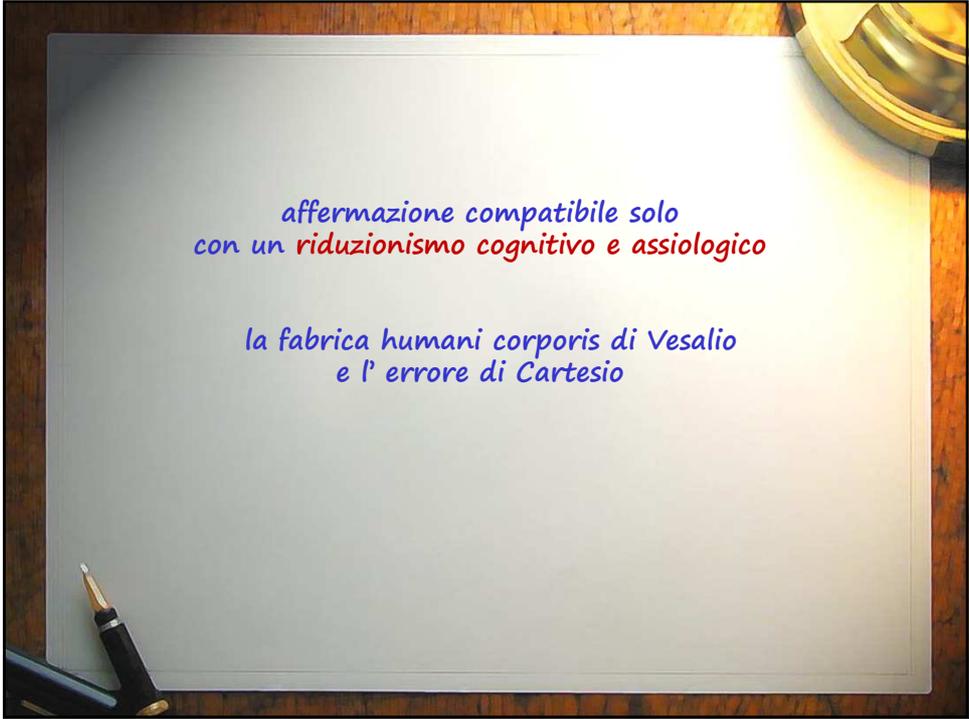
1. configurazione gerarchica della relazione di cura

che si regge su

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

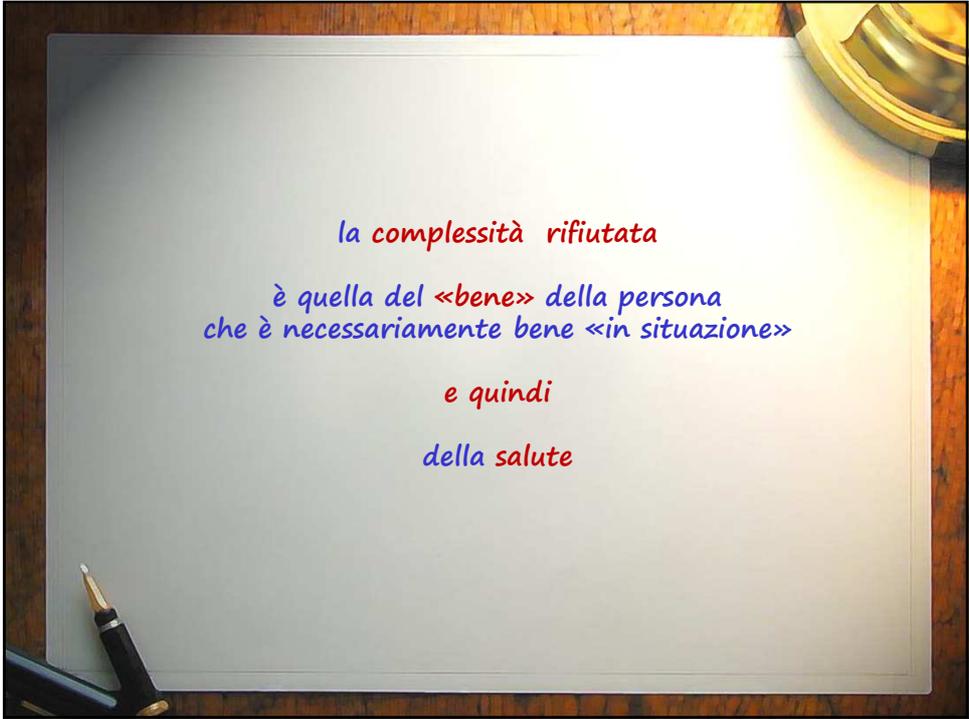
di qui l'assioma che diventa «legge» del rapporto:

«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

*Buona notizia :*

*le proposte di oggi*

*ciascuna nel loro campo*

*tendono al superamento di questi limiti*

*siamo qui per segnalarci a vicenda  
insufficienze e ulteriori possibilità*

*Due parole su:*

*Diritto «gentile» in medicina*

*non significa "diritto debole"  
soft law  
diritto mite*

*"gentile" è anzitutto il fine:  
un diritto capace di promuovere  
una relazione di cura degna  
di una società e di una medicina gentile*

*“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»*