

*Giovanni Maria Flick**

**La salute nella Costituzione Italiana:
un diritto di ciascuno, un interesse di tutti****

Sommario: **1.** La professione medica, oggi: l'alleanza terapeutica; – **2.** (*segue*) burocrazia, tecnologia e rapporto umano nella professione. – **3.** L'equilibrio fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute. – **4.** Il diritto a essere curato. – **5.** Il diritto a non essere curato.

1. Il volume commemora il centenario della istituzione degli ordini dei medici, ed è dedicato a “cento anni di professione al servizio del Paese”. In quei cento anni – dal 1910 al 2010 – sono profondamente cambiati sia il contesto in cui la professione medica si svolge, sia le sue caratteristiche, sia la sua realtà operativa e di principi; ma resta inalterata la sua essenza di solidarietà, di relazione umana, di rapporto tra chi soffre e chi sa e può aiutarlo nell'affrontare la sofferenza.

Il volume espone e riassume con efficacia quei cambiamenti: in particolare quelli sociali, normativi e istituzionali, che hanno profondamente modificato il rapporto fra la dimensione pubblicistica e quella privatistica della sanità e della professione medica; quelli che hanno segnato il passaggio da un sistema per un verso assistenziale e per un altro verso di polizia, ad uno mutualistico e poi ad uno di solidarietà, di eguaglianza, e di servizio sanitario nazionale, esteso a tutti; da ultimo la tentazione di ritornare al privato e al mercato – per conseguire una riduzione dei costi – perché “la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo” (per di più assai elevato).

In effetti, negli ultimi anni e viepiù in esito alla crisi economica, una questione fortemente dibattuta – che coinvolge la professione medica – è rappresentata dalla relazione intercorrente tra la malattia, la medicina, la tutela della salute e l'economia, perché le scelte di politica sanitaria devono essere orientate a garantire adeguata tutela ai cittadini, da un lato; e ad assicurare il contenimento della spesa pubblica, dall'altro.

22 ottobre 2010

**Presidente emerito della Corte Costituzionale*

*** Presentazione del volume “Centenario della istituzione degli ordini dei medici” a cura della FNOMCeO, Roma 27 ottobre 2010*

Un aspetto preoccupante è rappresentato allora dal rischio che il medico possa o debba cercare di orientare il proprio operare alla massimizzazione economica, piuttosto che alla cura del paziente. Si tratta di un rischio – che non sempre le regole deontologiche riescono a controllare *in toto* – legato alla nuova tendenza affermata negli ultimi anni, caratterizzata da una crescente attenzione al contenimento della spesa sanitaria: una attenzione che quasi sembra prevalere sulla esigenza di garantire adeguate prestazioni sanitarie.

D'altronde, tra salute e contesto economico vi è una relazione causale a doppia direzione: da un lato, lo sviluppo economico favorisce la scomparsa di alcune malattie; dall'altro, un buono stato di salute è un importante fattore di crescita dell'economia nazionale. Allo stesso tempo però, la domanda di salute cambia in relazione alle trasformazioni economiche del Paese. Gli studi sulle disuguaglianze di salute hanno evidenziato come la situazione economica sia determinante per la presenza della malattia nel contesto sociale; infatti, non a caso, le persone più esposte al rischio di malattia sono quelle che occupano posizioni medio basse nella scala sociale. Senza trascurare il fatto che, più in generale, il mondo della salute è parte fondamentale del sistema di *welfare* e area di grandi investimenti; perciò rappresenta un'opportunità di sviluppo scientifico, economico, sociale e occupazionale per l'intera economia.

Sul piano più specifico della professione medica, si pensi ai cambiamenti, anch'essi epocali, nel rapporto fra il medico e l'utente: dal paternalismo illuminato della professione liberale classica, con una delega all'onnipotenza del medico – tuttalpiù e solo in parte temperata dal confronto con i familiari del malato, e con il rinvio alla legge e soprattutto alla deontologia – al riconoscimento della libertà, identità e autodeterminazione dell'utente. Sino a giungere all'alleanza terapeutica fra medico e cittadino non più "paziente", come afferma esplicitamente l'ultima versione del codice deontologico; così da rendere evidente, da un lato, che il medico non ha più come interlocutore solo un malato; e, dall'altro lato, che all'utente (già paziente) va riconosciuta la dignità in cui si riassumono i diritti fondamentali.

In questo senso, si pensi all'evoluzione dai primi codici deontologici, permeati di quel paternalismo illuminato in chiave di scienza e coscienza, ai più recenti. Questi – condividendo e concretizzando i principi costituzionali – guardano, ad esempio, con una particolare attenzione all'informazione e al consenso del cittadino utente; alla non discriminazione; ai rapporti con i colleghi; all'interesse della collettività e alla salute dei terzi; alla salvaguardia dell'ambiente; a un uso appropriato delle risorse; al contributo per l'adeguatezza dell'organizzazione sanitaria.

Dalla risalente versione del codice deontologico del 1978, che limitava la necessità di acquisire il consenso del paziente ai casi in cui si prospettava un rischio alla sua integrità psico-fisica, gravitando nell'orbita della medicina difensiva, si passa a quella del 1989, dove si precisa che

il consenso deve rappresentare per il medico motivo determinante al quale ispirare il proprio comportamento. La vera innovazione inizia però con il codice del 1995 e prosegue con quello del 1998, che impongono per la prima volta al medico di fornire al paziente la più idonea informazione in merito alla diagnosi, prognosi, aspettative, alternative diagnostico-terapeutiche e sulle eventuali conseguenze delle scelte attuate.

Tutti questi principi, sono espressamente confermati nell'ultima versione del Codice di Deontologia medica, del 2006, alla luce del quale risulta ormai evidente come il consenso informato – nel contesto del nuovo modo di intendere il rapporto medico-utente, in termini di alleanza terapeutica – rappresenti un diritto fondamentale e un presupposto di liceità di ogni trattamento sanitario.

*

2. Il discorso sui cambiamenti dei cento anni trascorsi è coinvolgente anche sotto molti altri aspetti, connessi. V'è il passaggio dalla cultura della salute intesa in senso solo negativo, come assenza di malattie, a quella della salute intesa in senso positivo, come "benessere" con molteplici e ampie accezioni. V'è, correlativamente, la mutazione e la svolta epidemiologica nelle malattie, per la diminuzione di quelle infettive e la crescita di quelle metabolico-degenerative; nonché, il mutamento nei fattori di rischio, nei condizionamenti ambientali, nei modi di vivere: tutti fattori che – come quelli genetici e biologici – influiscono certamente sul quadro della sanità e delle malattie.

Ancora – per limitarsi ad un cenno, e senza voler aver alcuna pretesa di anticipare maldestramente il contenuto di talune fra le molte riflessioni svolte nei contributi fondamentali in cui si articola il volume – si pensi all'esplosione delle biotecnologie, dell'ingegneria medica e di quella genetica, della medicina molecolare, della nuova farmacologia; alla conseguente crescita esponenziale dei problemi e dei conflitti etici, nonché della speranza di salute e di vita nell'operato del medico. Correlativamente, si pensi all'esplosione dei nuovi diritti – riconosciuti e affermati soprattutto per via giurisprudenziale – in materia di identità, di benessere e di salute della persona: diritti che si traducono in attese nei confronti dell'opera del medico.

L'aggiornamento dei codici pone in risalto il rapporto – di correlazione e non più di contrapposizione – fra la deontologia e la bioetica, e quello fra essa e il diritto. Quanto al primo rapporto, non v'è dubbio che i contributi della bioetica animano la deontologia medica; quanto al secondo rapporto, è ormai acquisito il carattere giuridico della normativa deontologica, come è stato affermato esplicitamente e recentemente dalla Corte Costituzionale (nella sentenza 438 del 2008).

Questi cambiamenti epocali, nella medicina e nella sanità, non incidono però sulla sostanza della professione: il rapporto umano tra medico e utente, l'espressione della solidarietà, il coinvolgimento pieno e totale della scienza, esperienza e coscienza del medico nella sua relazione

con l'uomo, al di là del rapporto professionale e delle responsabilità che derivano da tale rapporto sul piano normativo come su quello deontologico, ma prima ancora su quello della coscienza.

L'autonomia del medico, con il suo corredo di formazione e di esperienza, vale ad esprimere la sua libertà e la responsabilità; ma si traduce in un impegno sociale e di solidarietà che connota di venature pubblicistiche e funzionali l'esercizio della professione.

La dimensione pubblicistica non può mai diventare burocratizzazione e spersonalizzazione. Occorre porre attenzione al rischio che le esigenze di organizzazione ed il processo di aziendalizzazione della sanità modifichino il rapporto fra medico e l'utente: per un verso, relegando il primo a gestire contatti soltanto tecnici e distaccati; per un altro verso, accentuando la tendenza al "razionamento" dell'assistenza sanitaria, attraverso il rifiuto, per ragioni economiche, di prestazioni che potrebbero essere utili all'utente. E' appena il caso di ricordare – a questo proposito – il fondamentale principio di eguaglianza nel fruire dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, di cui il medico è garante e responsabile, nell'ambito delle proprie competenze: un principio che si traduce nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che lo Stato deve individuare e garantire a tutti i cittadini uniformemente su tutto il territorio nazionale, in ottemperanza ai principi di eguaglianza, equità e universalità.

Infine, fra i cambiamenti epocali, va ricordato il fatto che, nei cento anni trascorsi, la medicina è stata segnata da forti progressi tecnici e organizzativi, che hanno contribuito al prolungarsi della vita media e alla sconfitta di malattie. Fino ad arrivare all'ultima metà del secolo scorso, in cui si è assistito ad un lento processo di "medicalizzazione", che ha determinato l'aumento delle aspettative sanitarie, di pari passo con l'avvento della tecnologia in campo sanitario.

Occorre tuttavia tener presente che, comunque, l'ausilio delle nuove tecnologie e la crescita inevitabile della specializzazione non possono mai eliminare la relazione interpersonale – indispensabile – tra medico e utente: una relazione viepiù essenziale e da difendere, a fronte di cambiamenti e di nuove tecnologie che – come ad esempio la telemedicina, la quale va affermandosi sempre di più – potrebbero giocare un ruolo determinante per una eventuale spersonalizzazione del rapporto stesso, facendo venir meno la prerogativa del contatto diretto tra i due soggetti.

Sono noti i vantaggi che, da un lato, la telemedicina potrebbe fornire in ambito sanitario, rendendo più agevole la comunicazione di dati e la loro consultazione e consentendo di fornire servizi di diagnosi e cura a distanza; così da permettere di svolgere tali attività con un risparmio di tempo non indifferente.

Dall'altro lato, però, non si possono sottovalutare gli aspetti negativi suscettibili di derivare da una dilatazione eccessiva nell'utilizzo della telemedicina. In primo luogo, si rischia di

compromettere e ostacolare la creazione del rapporto di alleanza terapeutica attraverso la partecipazione attiva dell'utente, chiamato a fornire tutte le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi e predisporre la terapia. In secondo luogo, si pone il problema del consenso al trattamento informatizzato dei dati sanitari, che laddove venisse a mancare, impedirebbe al medico di avere un'anamnesi completa del paziente. Un ultimo profilo di criticità della telemedicina è relativo alla formazione del rapporto contrattuale tra il medico ed il paziente, e si ricollega al problema della firma digitale, del documento informatico e della c.d. contrattazione a distanza. L'assenza di riferimenti normativi specifici, rende ancora più complessa la questione, nel contesto di una impostazione culturale che resta diffidente verso un impiego generalizzato delle tecnologie.

*

3. Fermo restando che l'equilibrio tra l'autodeterminazione dell'utente e la autonomia e responsabilità del medico è e sarà sempre un coefficiente essenziale della prestazione professionale – in qualunque contesto essa si voglia o possa collocare (pubblico, privato, operativo, organizzativo e così via) – per comprendere il suo significato nuovo e sempre antico, di fronte ai cambiamenti che la professione comporta oggi in Italia, alle soglie del terzo millennio, la riflessione più significativa mi sembra quella proposta dall'articolo 32 della Costituzione: la salute come un diritto per ciascuno e un interesse per tutti.

E' un'affermazione di valore estremamente importante sia in sé, sia nel contesto degli altri valori fondanti la nostra convivenza, dettati dalla Costituzione, che attengono alla salute: i diritti inviolabili e i doveri inderogabili di solidarietà, come dice l'art. 2 Cost.; la libertà personale e l'autodeterminazione, garantite dall'articolo 13 Cost.; la pari dignità sociale proposta dall'art. 3 Cost., come snodo indispensabile tra l'eguaglianza formale, la libertà, il diritto alla propria identità e alla diversità, la parità sostanziale.

L'art. 32 della Costituzione recita testualmente: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

È l'unico caso in cui il testo costituzionale qualifica espressamente un diritto come “fondamentale” e ne delinea al tempo stesso il sistema di tutela, l'equilibrio e il bilanciamento con gli altri valori costituzionali, in termini non soltanto di principio, ma anche – per una parte significativa – immediatamente precettivi e concreti.

Spesso infatti il diritto alla salute si trova a doversi confrontare e talvolta a collidere con altri valori costituzionalmente garantiti, quali quelli di libertà, di autodeterminazione del singolo e di

solidarietà. Non è agevole individuare il momento a partire dal quale il diritto del singolo debba cedere all'esigenza di garantire adeguata tutela alla salute degli altri membri della collettività, in ragione di quel principio di solidarietà, al quale la Carta Costituzionale è ispirato e al cui rispetto tutti siamo chiamati.

Lo stesso concetto di "salute" ha subito una lenta evoluzione negli ultimi anni, grazie anche all'apporto di una dottrina e giurisprudenza che sembrano essere particolarmente sensibili alla tematica in questione. Da prima si è passati da un'idea di salute intesa come mero benessere fisico a quella di "assenza di malattia"; soltanto di recente si è giunti ad una definizione di salute molto più ampia, che prende atto del nuovo contesto sociale e culturale e guarda con maggiore sensibilità all'individuo, nelle sue molteplici manifestazioni. Si richiama infatti, l'idea di salute quale "stato completo di benessere fisico, mentale e sociale" della persona non più o non solo nella sua componente di integrità fisico-materiale, ma valorizzandone gli aspetti psico-sociali.

Il concetto di salute si evolve quindi parallelamente con l'evolversi dell'idea di dignità e di integrità della persona e ciò comporta molteplici ricadute, anche pratiche, avvertite *in primis* da medici e operatori sanitari in genere. La nuova definizione di salute, fra l'altro, rischia in certo qual modo di innescare un processo di aumento delle pretese risarcitorie – vantate da pazienti sempre più esigenti nei confronti della classe medica – fatte valere indipendentemente dalla prova di aver subito un danno, per il sol fatto che il medico non sia stato in grado di garantire un miglioramento delle condizioni di salute iniziali.

È certamente positiva l'evoluzione che ha portato ad affermare ed a riconoscere ai fini del risarcimento, accanto al danno patrimoniale, quello c.d. morale e, recentemente, quello biologico ed esistenziale. L'estensione della prospettiva risarcitoria, comporta però l'ulteriore rischio di incorrere in casi di medicina difensiva, che si manifestano sempre con maggiore frequenza negli ultimi anni. Tale propensione può estrinsecarsi attraverso il dirottamento dei casi più rischiosi, da parte dei medici; e attraverso il ricorso a pratiche terapeutiche superflue, attuate al solo scopo di ridurre il rischio di incorrere in casi di *malpractice*. Quest'ultima tendenza può risolversi in una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria e in un aumento dei costi posti a carico dei servizi sanitari. Soprattutto, essa finisce per perdere di vista l'aspetto centrale della professione medica: una professione che non deve e non può essere orientata nell'ottica di evitare di incorrere in responsabilità (anche e soprattutto penale), ma deve tendere *in primis* a garantire adeguata tutela alla salute del paziente.

Nell'affrontare il tema della salute alla luce dell'art. 32 della Costituzione, sembra importante un'ulteriore riflessione: il cambiamento radicale del modo di intendere il "dolore", al quale si affianca una vera e propria rivoluzione culturale sul modo di intendere la terapia. Superata

la visione del dolore inteso come un sintomo della malattia, da misurare, si propende ormai per l'idea di dolore come una malattia in sé, da curare.

Da ciò deriva una serie di conseguenze molto importanti: l'abbandono della tesi della rassegnazione al dolore, quando non dell'espiazione; la graduale affermazione di un nuovo atteggiamento, che trova i suoi risvolti pratici nella previsione esplicita del diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore; la semplificazione della prescrizione di farmaci antidolorifici oppiacei; infine, la particolare attenzione alle cure palliative del dolore prescritte ai bambini. Tutti aspetti che caratterizzano la moderna medicina; che hanno finalmente trovato accoglimento in una legge recentemente approvata all'unanimità dal Parlamento italiano; e che, fra l'altro, si riflettono, sdrammatizzandoli, sui problemi attuali ed assai discussi del c.d. "fine vita".

*

4. Il diritto alla salute viene in considerazione nell'art. 32 della Costituzione in due diverse accezioni: in senso oppositivo e in senso pretensivo.

Quanto alla prima accezione, essa consiste nella pretesa negativa del singolo a che i terzi, pubblici e privati indistintamente, si astengano da comportamenti che potrebbero ledere l'integrità della persona: in un primo momento nell'accezione soltanto fisica, poi anche in quella psichica e globale.

È un diritto che, in quanto fondamentale, può essere fatto valere nei confronti di tutti i consociati, attraverso gli strumenti giuridici di tipo civile e penale presenti nell'ordinamento; senza che occorra a tal fine l'intervento *ad hoc* del legislatore, avuto riguardo alla natura immediatamente precettiva dell'art. 32 della Costituzione, sotto questo profilo.

Nella seconda accezione, in senso pretensivo, il diritto alla salute, per il suo carattere di onnicomprensività, abbraccia situazioni soggettive tra loro molto diverse. Una concezione più recente e più ampia di salute (la c.d. concezione sociale), infatti, ricomprende anche il diritto alla salubrità ambientale. Si tratta di un profilo ulteriore del diritto alla salute, attinente più strettamente alla sua dimensione sociale; da qui la stretta correlazione tra l'art. 32 e l'art. 9 della Costituzione, poiché l'ambiente infatti – oggi più che mai – è considerato un valore primario ed un presupposto essenziale per la conservazione di uno stato di salute ottimale.

Alla dimensione sociale del diritto alla salute si lega la sempre più estesa affermazione del principio di precauzione, che può essere invocato quando è necessario un intervento urgente di fronte al possibile pericolo di danno alla salute umana. Esso, sancito inizialmente a livello comunitario, è oggi recepito anche nel nostro ordinamento interno; nonostante manchi una precisa definizione del principio nel Trattato CE, le sue applicazioni pratiche sono numerose.

La sensibilità mostrata negli ultimi tempi per la tutela della salute di ciascuno nell'interesse di tutti, trova conferma anche nelle misure di prevenzione del rischio, attuate nell'ambiente del lavoro: ad esempio, con l'introduzione di nuove ipotesi di reato atte a sanzionare la mancata predisposizione delle cautele necessarie.

L'espressione più tipica del diritto alla salute, nella sua accezione pretensiva, si riferisce alla pretesa vantata dal singolo per ottenere adeguate prestazioni sanitarie e cure, anche gratuite se si è indigenti. Sotto questo profilo, il diritto alla salute viene in rilievo con riferimento alla prevenzione, agli accertamenti diagnostici, al trattamento terapeutico e alla cura in caso di bisogno. Impegni questi ultimi, che necessitano dell'intervento del servizio sanitario nazionale, di soggetti pubblici e privati, in attuazione del principio di solidarietà e attraverso il rispetto del principio di sussidiarietà: sia verticale (quella istituzionale, tra soggetti pubblici) che orizzontale (quella sociale, tra soggetti pubblici e privati).

Il rapporto fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute, proposto dall'art. 32 della Costituzione si sviluppa cioè attraverso una sinergia fra lo Stato, le Regioni e il privato. Lo Stato è responsabile della determinazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse. Alle Regioni è affidata – nella loro ampia autonomia organizzativa – la responsabilità della effettiva applicazione di quei livelli, avvicinando l'azione amministrativa al controllo dei cittadini e individuando il rapporto ottimale fra pubblico e privato nella concretezza del territorio.

Le prestazioni erogabili nell'ambito del servizio sanitario sono riconducibili a tre grandi aree: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (comprensiva di tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli); l'assistenza c.d. distrettuale (comprensiva delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base alla assistenza farmaceutica, specialistica, diagnostica, ambulatoriale e così via); l'assistenza ospedaliera (comprensiva delle prestazioni di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di lungodegenza e di riabilitazione).

Il centenario della “professione al servizio del Paese” coincide con il centocinquantenario dell'Unità d'Italia, le sue conquiste, i suoi traguardi superati, i suoi problemi irrisolti. Tra i traguardi superati vi è certamente il livello ottimale raggiunto dall'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per certi versi e in molte zone. Tra i problemi irrisolti vi è certamente il divario significativo in termini di qualità e di efficienza del settore sanitario, che tuttora permane – nonostante il miglioramento degli ultimi anni – fra aree del Nord e del Sud del Paese: un divario che testimonia – anche da

questo punto di vista – quanto pesi e sia irrisolta la questione meridionale, nel processo di unificazione nazionale.

Il rapporto tra la salute come diritto di ciascuno e interesse di tutti diventa allora uno dei nuclei centrali della sfida del federalismo fiscale, che in questo momento il Paese sta affrontando: un federalismo solidale, non certo soltanto competitivo e dell'abbandono. E' una sfida che rappresenta un modo tra i più significativi ed indispensabili per celebrare il centocinquantenario dell'unità d'Italia non solo con manifestazioni retoriche, ma con un impegno concreto a costruire l'unità del Paese nella autonomia, secondo l'indicazione e l'impegno degli articoli 5, 114, 117, 118 e 119 della Costituzione; una sfida che trova nell'impegno alla tutela della salute uno degli obiettivi più significativi e importanti.

*

5. In un momento storico in cui si affermano con vigore i valori della solidarietà, della libertà e dell'autodeterminazione – rimasti a lungo sullo sfondo di uno scenario che invece guardava al medico, in passato, quale soggetto dotato di discrezionalità quasi assoluta nei confronti del paziente – parlare di diritto alla salute non vuol dire solo riferirsi al diritto ad ottenere cure adeguate, ma altresì al diritto di rifiutare cure indesiderate: anche quando da tale rifiuto possa derivare la morte del titolare del diritto alla salute.

Il rapporto tra diritto di ciascuno e interesse di tutti alla salute si sviluppa cioè non soltanto nei termini positivi richiamati in precedenza; ma anche nei termini negativi rappresentati dal fatto che l'interesse di tutti non può spingersi oltre certi limiti, nell'interferire con il diritto del singolo alla salute.

In questo caso si pone il problema di individuare la linea di confine tra il diritto alla libera scelta terapeutica, riconosciuto all'utente, e il divieto – sancito nel nostro ordinamento (art.5 c.c.) – di porre in essere atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente alla propria integrità fisica. Si può senza dubbio sostenere che l'entrata in vigore della Costituzione ha determinato un'inversione di tendenza; non si parla più di potere, ma di libertà di disporre del proprio corpo, stante il valore unitario e inscindibile della persona. Ed è appena il caso di ricordare che sono le leggi ordinarie a dover essere interpretate secondo la Costituzione, e non viceversa.

La libertà di autodeterminazione è legata in particolare (ma non soltanto) alla tematica dei farmaci salvavita, delle decisioni di fine-vita, del c.d. testamento biologico: una tematica divenuta particolarmente attuale oggi, in un momento in cui il malato, da soggetto in condizioni di mera soggezione nei confronti del medico, diventa co-protagonista delle scelte in merito alle terapie da attuare.

Il trattamento sanitario non può che essere volontario, legittimato in altri termini solo dall'accettazione consapevole e informata di chi ad esso dovrà sottoporsi, eccezion fatta per i c.d. trattamenti sanitari obbligatori. Quando non ricorrono gli estremi di questi ultimi, il trattamento sanitario e la terapia possono essere rifiutati dal paziente capace, consapevole e informato, anche se ne consegue la sua morte. Si discute se fra i trattamenti sanitari rientrino anche gli interventi di nutrizione e idratazione assistita, come ritiene in maggioranza l'opinione scientifica; un diverso orientamento è stato tuttavia espresso dal Comitato di bioetica e dalla legge *in fieri* (approvata dal Senato) sulle dichiarazioni anticipate di trattamento per il fine-vita (il c.d. testamento biologico).

I trattamenti sanitari obbligatori sono richiamati testualmente dall'art. 32 della Carta Costituzionale, subordinandoli alla previsione esplicita della legge ed alla giustificazione con imprescindibili esigenze di interesse generale, quali la necessità di prestare tutela alla salute pubblica, che lo Stato ha il dovere di garantire a costo di ledere diritti e prerogative del singolo: un sacrificio che richiama il medico e l'utente a doveri di solidarietà reciproca. Essi, in ogni caso, non possono ledere il rispetto della persona, ossia la sua dignità.

Le ipotesi di trattamento sanitario obbligatorio non rappresentano una smentita di quanto dianzi detto sulla rivendicazione dell'autonomia e autodeterminazione terapeutica del singolo. Infatti è proprio e soltanto la duplice qualificazione del diritto alla salute, come diritto fondamentale di ciascuno e interesse di tutti, a giustificare la legge impositiva di un determinato trattamento sanitario: quando cioè quel trattamento sia diretto non già a migliorare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma a preservare lo stato di salute degli altri o quello dello stesso soggetto, se esso si trova in uno stato di incapacità ad esprimere consapevolmente un rifiuto o un consenso informato. In quest'ultimo caso si apre il tema del c.d. testamento biologico: la possibilità o meno, per il soggetto, di formulare in anticipo una volontà (consenso o rifiuto), destinata a valere in un successivo momento, quando sopravvenga l'incapacità di decidere.

L'interesse della collettività non può e non deve essere ragione per la quale imporre al singolo un "dovere di curarsi", che la Costituzione non prevede, nel quadro dei doveri inderogabili di solidarietà. Anzi, e di più – ma il tema può in questa sede essere soltanto richiamato con un cenno – non v'è per il singolo un "dovere di vivere"; fermo restando che non v'è neppure, per contro, un suo "diritto di morire", per esercitare il quale egli possa chiedere l'intervento e la cooperazione di altri (lo Stato, il medico, il parente e così via); e fermo restando, comunque, il diritto alle cure palliative di fronte al dolore, anche se da esse possa derivare, come effetto secondario e non voluto, un esito letale.

La nuova figura di utente, titolare del diritto di autodeterminarsi in merito alle scelte terapeutiche che lo coinvolgono direttamente, si riflette sul rapporto con il proprio medico e

sull'esercizio della professione. E' terminata l'era del c.d. paternalismo medico: di quel modello idealizzato del rapporto medico-paziente, che vedeva il primo come tutore del secondo, con una autonomia decisionale e una discrezionalità quasi assoluta in merito a trattamenti che coinvolgessero la salute. Oggi i doveri del medico vengono subordinati ai diritti del malato, che diventa partecipe a tutti gli effetti delle decisioni in merito alle pratiche terapeutiche da attuare. Si tratta di un rapporto "reinventato" tra queste due personalità e di una nuova situazione sistemica con la quale i medici sono chiamati a confrontarsi.

L'accentuata attenzione all'utente, alla sua autonomia e libertà di autodeterminarsi, ha determinato un graduale processo di rivalutazione del principio del consenso informato, che trova piena conferma nell'aggiornamento dei codici deontologici; e che è stato recentemente riaffermato dalla Corte Costituzionale come principio fondamentale, espressione del diritto inviolabile all'autodeterminazione e di quello fondamentale alla salute.

Fra i cambiamenti epocali della medicina, nei cento anni trascorsi, v'è dunque anche il processo di responsabilizzazione cui il medico è chiamato. E si deve tener presente, anche al fine di scongiurare eventuali profili di responsabilità penale, che il medico dovrà mettere a disposizione del paziente ogni informazione necessaria sui rischi e sui benefici connessi alla terapia.

L'importanza (e il peso) di tale responsabilizzazione è d'altronde evidente, alla stregua di un'altra indicazione reiterata dalla Corte Costituzionale: non può essere di norma il legislatore a stabilire quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. La regola di fondo, in materia, è costituita dalla autonomia e responsabilità del medico, che sempre con il consenso dell'utente opera le scelte professionali, basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione, ed informando l'utente stesso compiutamente. Fra l'altro – indipendentemente dall'esito positivo che le cure abbiano eventualmente avuto – si potrebbe configurare un'ipotesi di responsabilità penale nel caso in cui il medico abbia agito senza la preventiva acquisizione del consenso informato dell'utente.

In conclusione, la "pari dignità sociale" di entrambi i protagonisti dell'alleanza terapeutica (il medico e il malato) ed il rapporto tra il "diritto fondamentale di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute", sono i punti essenziali di riferimento della professione medica di oggi: e valgono ad esprimere pienamente il significato costituzionale della salute, nel suo valore di eguaglianza, identità personale, libertà e solidarietà, irrinunciabili per la condizione umana.