

Associazione “Il Girasole - Onlus”  
Consultorio Familiare “Il Girasole”

Confederazione Italiana Consulteri  
Familiari di Ispirazione cristiana

**DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO  
(DAT)**

**Esercizio di un diritto o atto di sfiducia?**

**Atti del Convegno tenuto il 5 maggio 2018  
presso l’Aula Magna ex Università degli Studi del Molise  
Parte II \***

Relazioni di

**Prof.ssa Maria Luisa Di Pietro**

Associato di Medicina Legale  
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

**Dott. Mariano Flocco**

Responsabile dell’Unità Operativa ASReM  
Hospice Cure Palliative e Terapia del Dolore

**Dott. Rodolfo Proietti**

Già Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione  
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

**Don Salvatore Rinaldi**

Dottore in Bioetica e Giornalista

\* La *Parte I* è stata edita nel fascicolo di «Consultori Familiari Oggi», n. 2-2019.



# La relazione medico-paziente

Maria Luisa Di Pietro

## 1. La relazione medico-paziente: cambiamento e/o evoluzione?

Un discorso sulla relazione medico-paziente non può prescindere dall'analisi dei cambiamenti a cui essa è andata incontro nel corso del tempo. Si tratta di un cambiamento che non sempre ha portato ad una evoluzione della suddetta relazione: vi sono, infatti, segnali evidenti di una sua progressiva involuzione e degenerazione<sup>1</sup>.

Da un punto di vista cronologico, il primo modello di relazione medico-paziente a cui si fa riferimento è quello improntato al "principio di beneficialità" per cui è il medico a stabilire cosa è bene per il paziente (*modello ippocratico o paternalista*). Con un limite: la mancata definizione del concetto di "bene", dal momento che molteplici possono essere i fattori – anche non biomedici – che possono concorrere a determinarlo.

Alcune vicende medico-legali e giuridiche e un diverso orientamento verso l'affermazione dei diritti civili (diritto alla salute e all'informazione, diritto di non essere sottoposti a sperimentazioni senza consenso, ecc.) hanno portato alla trasformazione della relazione medico-paziente, senza – però – il venire meno di un atteggiamento paternalista in quelle condizioni patologiche nelle quali il paziente non era in grado di esprimere la propria volontà. Si è venuto così ad affermare un modello centrato sull'autonomia del paziente e fondato sul rispetto delle opzioni personali, delle preferenze e della libertà di scelta del soggetto. Questi deve essere – ovviamente – in grado di intendere e volere, di acquisire informazioni e di agire in modo coerente. In questo contesto l'informazione ha la sola finalità di mettere il paziente nelle condizioni di fare le proprie scelte anche qualora queste non fossero ragionevoli in base alla condizione clinica. D'altra parte, è il rischio che si corre nel momento in cui si arriva a considerare

<sup>1</sup> E.J. Emanuel - L.L. Emanuel, *Four models of the physician patient relationship*, in «Journal of American Medical Association», 267 (16/1992), pp. 2221-2226.

“bene” solo quello che il paziente pensa sia bene per sé e si ritiene che nessun altro possa identificare il bene se non quel paziente.

Infatti, se l'esercizio dell'autonomia ha ragione d'essere nella gestione della malattia e nella personalizzazione delle terapie, esso non può però essere utilizzato per giustificare scelte in conflitto con il miglior interesse del paziente e con il dovere di garanzia del medico. In questo modo si correrebbe, tra l'altro, il rischio di distruggere sia l'intima essenza della professione medica (assistere e curare) sia il rapporto fiduciale medico/paziente. Mettere in discussione una visione meramente soggettiva del bene non è, però, in contraddizione rispetto a quanto detto prima. Infatti, anche se è vero che nel definire il bene del paziente concorrono elementi sia soggettivi sia biomedici, è altrettanto vero che queste due dimensioni devono essere rispettate nella loro totalità ed equilibrio senza che una prevalga sull'altra.

L'exasperazione del modello medico-paziente basato sul principio di autonomia ha portato, poi, al delinearsi di un terzo modello in cui tale relazione si prospetta come meramente contrattuale: da una parte vi è il prestatore d'opera qualificato (il medico); dall'altra vi è il richiedente (il paziente). L'atto medico diviene così una prestazione d'opera, che deve rispondere alle richieste del paziente e deve essere adeguata sul piano tecnico-scientifico. La relazione medico-paziente perde così uno dei suoi elementi fondanti: la fiducia. Con un duplice rischio: che il paziente possa pretendere informazioni dal medico non per decidere sulla propria salute ma solo per stipulare contratti assicurativi sicuri; che il medico dia informazioni anche ridondanti con l'unico scopo di mettersi al sicuro da eventuali conseguenze legali. Fino alla degenerazione ultima: la cosiddetta “medicina difensiva”.

Molteplici i limiti e gli elementi di conflitto in questi tre modelli di relazione medico-paziente: il modello dell'autonomia non pone sufficiente attenzione all'impatto della malattia sull'autonomia del paziente; il modello paternalista ha un carattere eccessivamente autoritario; il modello contrattualista è inadeguato alla disparità di condizioni fra medico e paziente. Quale modalità di relazione medico-paziente può, allora, meglio rispondere al nucleo più intimo della professione medica?

## 2. La beneficialità nella fiducia

A fronte del modificarsi della relazione medico-paziente e del contesto socio-economico, si rende – forse – necessaria una nuova medicina? In altre parole, gli obiettivi della medicina sono determinati dai bisogni e dalle priorità proprie di un contesto socio-culturale (approccio descrittivista) o sono stabiliti una volta per tutte a prescindere dal tempo e dal luogo in cui l'esercizio della medicina si situa (approccio essenzialista)?

A chi sostiene che la medicina sia frutto di una “costruzione sociale” e che natura e fini della medicina si modifichino insieme alla società in cui essa sorge, si contrappone chi sostiene una visione sostanzialista della medicina<sup>2</sup>.

Secondo l'approccio descrittivista, i fini propri della medicina sono definiti solo in base ai valori promossi in una determinata società e alla percezione della realtà in essa presenti. Salute, malattia, cura, relazione medico-paziente appaiono fortemente condizionati dal contesto storico e culturale: non vi è, dunque, una natura propria che qualifica e informa l'attività medica ma i suoi fini sono stabiliti di volta in volta e possono quindi cambiare. Secondo l'approccio essenzialista vi sono, invece, nella medicina alcune costanti universali – soprattutto di natura etico-antropologica – che definiscono la specificità della medicina e ne indicano contenuti e finalità. È questo “nucleo” essenziale che si fa poi storia in determinate epoche e società senza che i valori siano messi in discussione. Quale è il “nucleo essenziale” della medicina?

Per E.D. Pellegrino, la medicina ha una sua natura fondamentale e conoscibile che la caratterizza e la distingue da altre attività umane: dalla comprensione di tale natura della medicina è possibile far poi derivare una serie di aspettative morali attribuibili ai medici<sup>3</sup>.

Il punto di partenza per l'individuazione di un “nucleo” essenziale è – secondo Pellegrino – la descrizione della prassi medica scandita da tre momenti: il fatto della malattia; l'atto della professione; l'atto della medicina.

<sup>2</sup> D. Moltisanti, *Approccio essenzialista e fondazione dell'etica medica: la filosofia della medicina in Edmund Pellegrino*, in «Camillianum», 21 (2007), pp. 517-543.

<sup>3</sup> E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981; E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality*, in R.J. Bulger - J.P. Mc Govern (eds.), *Physicians and philosopher. The philosophical foundation of medicine: essays by Dr. Edmund Pellegrino*, Carden Jennings Publishing, Charlottesville 2001, pp. 18-36.

*Il fatto della malattia.* Quando si scopre malata, la persona fa esperienza di una profonda modificazione della propria realtà interna. Si tratta, d'altra parte, di un'esperienza caratterizzata dai seguenti aspetti: l'omnicomprensività (non interessa solo la dimensione fisica, ma la globalità della persona, e ne modifica l'immagine di sé); l'individualità (ogni patologia può essere descritta con parametri oggettivi, ma l'esperienza della malattia è fortemente soggettiva e condizionata dal modo in cui la persona la subisce e la vive); la drammaticità (la malattia mette in discussione il senso e il significato della propria esistenza).

*L'atto della professione.* Dal momento che il paziente non è in grado di ristabilire l'equilibrio rotto dalla malattia, si rivolge al medico. Ed è nell'incontro con il paziente che il medico "professa", dichiara al paziente le sue conoscenze e competenze, promettendo ad una persona in difficoltà e quindi vulnerabile di aiutarla. Si instaura, così, una relazione che ha come protagonisti non "un" medico e "un" paziente, ma "quel" medico e "quel" paziente. La promessa di cura non emana dal medico, ma è il risultato dell'incontro tra quest'ultimo e il paziente alla ricerca della soluzione più adeguata per realizzare il proprio benessere. Il carattere essenziale della medicina è, quindi, costituito da: l'universalità dell'esperienza della malattia al di là di ogni confine geografico, temporale e culturale; il bisogno che da essa scaturisce di aiuto, guarigione e salute da parte del paziente; la risposta d'aiuto professata dal medico. La medicina non è dunque solo un'interazione clinica: la medicina è "quella relazione", ovvero una prassi relazionale che ha come oggetto la corporeità di un essere umano e come fine principale (anche se non esclusivo) il ripristino della sua condizione di salute. Si evidenziano così le caratteristiche essenziali della pratica medica: il carattere relazionale; l'essere finalizzata al benessere del singolo paziente; l'interesse medico per la corporeità. L'humus di questa relazione è l'agire clinico. E proprio dal carattere relazionale (è una relazione persuasiva, individualizzata, di compassione) che nascono i modi propri della medicina: la responsabilità, la fiducia, l'orientamento alla decisione.

*L'atto della medicina.* Dall'incontro tra la persona malata e la promessa del medico nasce, dunque, l'atto della medicina. Le condizioni (forme) che rendono possibile la relazione clinica sono: la conoscenza del paziente, la diagnosi, la prognosi e la terapia. Ed è proprio la terapeuticità, ovve-

ro la finalizzazione alla cura e al ripristino della condizione di “salute”, la forma medica per eccellenza.

In sintesi, la medicina è una relazione interpersonale e di mutuo consenso. L'intenzione del medico e del paziente creano l'evento medico, che mette in gioco una *téchnè iatriké*, un'abilità a guarire: è, dunque, una relazione d'aiuto sbilanciata da parte di chi offre aiuto – il medico – che possiede le conoscenze e la competenza per rispondere alla domanda di salute del paziente. Il *telos* della medicina include cause e fini: la causa è il sintomo, la malattia che porta il paziente a chiedere aiuto; il fine consiste nel ripristino di un migliore stato di percezione di salute e benessere.

In un approccio essenzialista i principi di riferimento e i doveri per il medico derivano, quindi, dall'essenza della medicina e non dall'applicazione di una particolare teoria morale ai temi della medicina. È dalla comprensione dell'essenza della medicina che si ricavano le aspettative morali attribuibili ai medici. Ne consegue che, anche se la società indicasse obiettivi e scopi alla medicina divergenti rispetto ai suoi fini, la loro liceità dipenderebbe da quanto essi si accordano con questi fini che rendono la medicina una peculiare attività umana.

### 3. Dai “fini” della medicina all'autentica relazione medico-paziente

La medicina, dunque, è un'attività intrinsecamente morale in cui tutto è ordinato – secondo Pellegrino – ad un unico bene, il “bene” del paziente. Anzi, solo il riferimento ad un bene primario consente di superare gli inevitabili conflitti presenti nella pratica medica. Cosa è, però, il bene del paziente?

Nella nota analisi di E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma viene fatta distinzione tra: bene biomedico, bene percepito dal malato, bene come capacità di ragionare per operare delle scelte, bene supremo<sup>4</sup>.

Il bene biomedico, che è direttamente connesso con la competenza tecnica del medico, appartiene alla medicina in quanto particolare attività umana ed include tutti gli effetti degli interventi clinici sul naturale decorso della malattia. Si tratta di un bene direttamente connesso con la competenza tecnica del medico, che è moralmente impegnato a fornirlo

<sup>4</sup> E.D. Pellegrino - D.C. Thomasma, *For the patient's good*, Oxford University Press, New York 1988 (tr. it.: *Per il bene del paziente*, Paoline, Cinisello Balsamo 1992).

essendo il bene strumentale richiesto dal paziente. Se si equipara, però, tutto il bene del paziente con il solo bene biomedico si può incorrere in un duplice errore. Il primo è quello di rendere il paziente “vittima” dell’imperativo medico: se un procedimento determina un vantaggio fisiologico o terapeutico allora “deve” essere adottato. In tal modo sarebbero così ignorati tutti i valori del paziente e tutti i problemi anche etici che potrebbero derivare dall’intervento. Il secondo errore si riferisce ad una indicazione medica all’intervento fatta sulla base del giudizio del medico sulla qualità di vita del paziente.

Nel concetto di bene va incluso, allora, anche il bene percepito dal paziente, che comprende l’idea che egli ha del proprio bene. Per essere buona – nel senso più completo del termine – la decisione clinica deve conformarsi anche a ciò che il paziente ritiene valido in relazione alle circostanze e alle alternative poste dalla sua malattia.

Tutti questi tre aspetti del bene particolare sono, poi, in rapporto con l’idea di un bene supremo che costituisce lo standard secondo cui il malato deve regolare le proprie scelte. Questo tipo di bene ha una natura ontologica e, quindi, ha in qualche modo un contenuto oggettivo, anche se – ricordano E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma – la questione della oggettività o non oggettività del bene ha una lunga e tortuosa storia nella riflessione filosofica. Comunque si intenda, però, è questa idea definitiva di bene che diviene l’elemento che pervade la scelta ed è quella meno negoziabile e spesso la meno esplicita<sup>5</sup>.

Di una relazione medico-paziente improntata alla ricerca del suo vero “bene”, fanno poi parte: la fiducia, che il paziente deve accordare al medico a cui corrisponde la capacità del medico di ispirare fiducia (fatto della malattia); la competenza del medico (atto della professione); l’altruismo del medico (atto della medicina). Queste tre caratteristiche sono sintetizzate in quella modalità di interazione clinica definita “beneficialità nella fiducia” (*beneficence-in-trust*) da realizzare all’interno di una relazione improntata all’alleanza (alleanza terapeutica), che riconosce l’autonomia morale del paziente ma anche la difesa della reciprocità morale del medico e del paziente.

Il dialogo e la comunicazione fra medico e paziente diventano – come vedremo – l’elemento indispensabile perché si crei questa fiducia: è, allo-

<sup>5</sup> Cit. in E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti di etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007.

ra, necessario che il paziente possa esprimere quali sono le sue aspettative in relazione alla sua malattia. Il coinvolgimento del paziente nella gestione della propria malattia, la personalizzazione (laddove possibile) degli schemi di trattamento e dei protocolli assistenziali, sono – dunque – tutti obiettivi che dovrebbero essere perseguiti in un’ottica centrata sulla dignità della persona, che esalti l’umanizzazione della medicina e che voglia sostituire il modello paternalistico col modello di beneficialità fondato sulla fiducia.

Dalla struttura stessa della medicina scaturiscono, poi, i doveri del medico (l’impossibilità di danneggiare il paziente; la necessità che il bene di ciascun paziente venga prima di ogni altra cosa; l’imprescindibilità del consenso come *conditio sine qua non* dell’azione medica; etc.).

Avere chiaro il nucleo essenziale della professione medica consente anche di risolvere le inevitabili difficoltà della relazione medico-paziente: un conflitto di ordine legale è ben diverso da una relazione interpersonale, in cui due persone si incontrano e possono trovarsi in situazioni e in stati emotivi particolari. E, nel momento in cui si presenta una situazione conflittuale, il medico e il paziente dovranno chiedersi se i valori intrinseci alla relazione stessa (onestà, integrità, rispetto, perseguimento del benessere del paziente, impegno a garantire la competenza, etc.) sono stati realmente rispettati. Anzi, se si mantenesse il riferimento a questi valori da parte di entrambi i soggetti in relazione (il medico e il paziente), raramente vi sarebbero conflitti significativi: quando vi è la disponibilità da parte di entrambi al rispetto reciproco, all’onestà e alla credibilità, alla fiducia, al perseguimento di obiettivi comuni, si viene sempre a configurare il buon medico, il buon paziente, la buona medicina.

#### 4. Comunicazione e consenso

«Tutto il comportamento è comunicazione e tutta la comunicazione influenza il comportamento»: questa affermazione di P. Watzlawick valida per ogni relazione interpersonale assume un valore particolare nella relazione medico-paziente<sup>6</sup>.

Si tratta, d’altra parte, di una relazione interpersonale all’interno della quale la relazionalità, la comunicazione e il dialogo assumono un valore

<sup>6</sup> P. Watzlawick - P. Beavin - J. Jacks, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.

di primaria importanza; una relazione che esprime la convergenza tra il bisogno del paziente (la necessità di cura e la richiesta d'aiuto) e l'abilità del medico; una relazione in cui sono fondamentali l'apertura costitutiva all'altro e il riconoscimento dell'altro come dialogante avente pari dignità seppure in posizione asimmetrica.

Ora, se anche nel modello della beneficalità fondata sulla fiducia la comunicazione ha un ruolo fondamentale nella rilevazione del consenso (il paziente attende dal medico la realizzazione del progetto negoziato per la sua salute, un progetto che in qualche modo va discusso), limitare tutta la relazione comunicativa ai contenuti informativi può renderla rigida e impersonale al punto da non rappresentare più uno dei mezzi per la realizzazione del bene di quel paziente, a cui si cercherebbe, invece, di demandare tutta la responsabilità di una decisione. Il momento informativo ha, infatti, significato solo all'interno di una dinamica comunicativa.

E, come in ogni altra relazione interpersonale, la comunicazione non ha una dinamica meramente unidirezionale (dal medico al paziente) quanto piuttosto bidirezionale. Emergono, infatti, un'informazione e una verità che il medico può dare al paziente, ma anche una verità che viene dal paziente e che arricchisce anche il medico. Il medico, a cui si chiedono non solo capacità di ascolto ed empatia, ma anche un atteggiamento partecipativo e non neutrale. Il paziente, che si trova in una condizione di asimmetria all'interno della relazione, sia perché il medico ha le conoscenze e le competenze tecniche, sia per la natura della sua condizione di malato che crea inevitabilmente uno stato di dipendenza, vulnerabilità e ansietà. Nonostante questo, il paziente ha diritto ad essere informato: un diritto che ha fondamenti etici prima ancora che deontologici e giuridici. Tale fondamento è costituito dal rispetto della libertà del paziente, soggetto partecipe e responsabile di ogni decisione che riguardi la sua persona e la sua salute. Da qui derivano due regole centrali nella relazione medico-paziente: la regola della veridicità e la regola della fiduciarità.

In base alla regola della veridicità il paziente ha diritto a conoscere la verità sulle proprie condizioni di salute, sugli eventi che richiedono una partecipazione attiva, emotiva e decisionale. Solo conoscendo l'esatta diagnosi medica, le scelte terapeutiche, gli eventuali rischi a cui può essere esposto in corso di accertamenti diagnostici o interventi chirurgici, il paziente potrà essere in grado di accettare o rifiutare l'intervento medico. Non dire la verità al paziente significa non riconoscergli la capacità di scegliere liberamente, impedendogli di decidere in piena autonomia e

mettendo a rischio la stessa relazione con il medico: una relazione che deve essere sempre improntata alla fiducia (*regola della fiduciarità*) e al rispetto della volontà personale. Al diritto del paziente di conoscere la verità fa da contrappeso il dovere del medico di informare, un dovere che è innanzitutto di natura etica: mentire è non solo sbagliato ma anche lesivo del rispetto dovuto alla libertà del paziente. La bugia, pur se a fin di bene, può minare quella peculiare relazione che si instaura tra paziente e medico nonché lo stesso valore della verità.

La difficoltà della comunicazione medico-paziente è proprio determinata dal contenuto del messaggio, dalla qualità della “verità” che si deve comunicare. Accanto alla verità “al” paziente vi è sempre una verità “del” paziente che il medico deve conoscere. Nel dare informazioni, il medico deve evitare di comunicare a senso unico: prendere in considerazione l’altro è il punto centrale di un’etica comunicativa che va a guidare il processo comunicativo stesso. Elementi che concorrono a definire la verità “del” paziente sono: la sua personalità (o nel caso in cui si tratti di un bambino, la personalità dei genitori o dei tutori dello stesso); il suo stato psicologico, le sue aspettative; la tipologia della patologia diagnosticata; il contesto nel quale la diagnosi può essere accolta in un modo meno traumatizzante.

Non è, allora, sufficiente informare: è necessario offrire la “verità” all’interno di una relazione comunicativa dopo aver preparato il malato – ed eventualmente la sua famiglia – a riceverla; è necessario collocare la verità all’interno di una verità esistenziale che sa dare sempre il valore all’esistenza e anche alle sue dure evenienze; è necessario lasciare sempre aperta la speranza perché essa è più grande della malattia e anche della vita della singola persona. I medici non sono sempre in grado di comunicare questa “verità”; anzi, spesso, sono incapaci di aiutare il paziente e, nel caso di un bambino, anche i genitori a reggere l’impatto di una notizia dai contenuti traumatici.

Una “verità”, dunque, che va fornita gradualmente perché nessun paziente e nessun nucleo familiare – per quanto ben funzionante – può nello stesso momento affrontare una notizia negativa, la conoscenza dei particolari relativi alla condizione specifica, i dettagli riguardo agli interventi possibili, ecc.; una “verità” che per essere comunicata richiede diversi colloqui al fine di capire i bisogni specifici di ciascun paziente e anche della sua famiglia e per tarare su questa base l’eventuale offerta di supporti e servizi; una “verità” che nessun medico possiede fino in fondo data l’imprevedibilità del futuro.

# Cos'è cambiato dopo l'applicazione della Legge nell'ambito delle cure palliative

*Mariano Flocco*

Il concetto di salute, oggi, non è più inteso esclusivamente come antitesi del concetto di malattia, ma assume, come rilevato dalla Corte di Cassazione, il significato più ampio di stato di completo benessere psico-fisico, parametrato e calibrato anche, e soprattutto, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, alle proprie concezioni di identità e dignità, nonché con un'idea di persona non accolta apoditticamente in astratto, bensì valutata giuridicamente nelle sue reali e concrete sfumature.

Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica è rimesso, dunque, in linea di principio, all'autodeterminazione del suo titolare: i trattamenti sanitari sono liberi.

In base al secondo comma dell'art. 32 Cost., infatti, nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non nei casi stabiliti dalla legge.

Lo strumento attraverso il quale il diritto alla salute si concilia con il diritto alla libertà di autodeterminazione è il consenso informato. Per prestare un consenso pienamente informato l'interessato, capace di intendere e di volere, deve essere messo a conoscenza della patologia da cui è affetto, dei possibili sviluppi della malattia stessa, delle diverse opportunità terapeutiche e anche delle conseguenze e dei rischi di eventuali interventi terapeutici.

L'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, d'altro canto, sancisce il diritto di ogni individuo alla propria integrità fisica e psichica precisando che nell'ambito della medicina e della biologia devono essere tra l'altro rispettati il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, nonché il divieto delle pratiche eugenetiche.

Tutto questo in un quadro in cui all'art. 1 si stabilisce che la dignità umana è inviolabile e deve essere rispettata e tutelata.

Con le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), invece, ciascun individuo, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, può decidere “ora per allora” su eventuali trattamenti sanitari che potrebbero riguardarlo e sui quali in futuro non sarà in condizione di prestare il consenso; ciò avviene manifestando la propria volontà mediante la redazione di un atto all'uopo previsto e nel rispetto delle previsioni di legge.

L'istituto delle DAT consiste, in altri termini, nell'espressione della volontà della persona fisica maggiorenne che enuncia, in un momento in cui è capace di intendere e di volere, i propri orientamenti sul “fine vita”, in merito ai trattamenti sanitari, agli accertamenti diagnostici o alle scelte terapeutiche che intende o non intende accettare, volontà queste di cui il medico “è tenuto al rispetto” – secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 4 – nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita della capacità di intendere e di volere e l'interessato non dovesse essere più in grado di esprimere le proprie determinazioni acconsentendo o non acconsentendo alle cure proposte.

In un contesto di cure palliative e accompagnamento al fine vita, il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Il medico deve garantire la possibilità di definire, e di fissare in un atto, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica ed invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente ed il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Infine, in nessun caso può essere confusa la pratica della sedazione palliativa con l'eutanasia. Si può ricorrere alla sedazione palliativa in tutte le malattie in fase avanzata che presentano sintomi che creano molta sofferenza e sono refrattari alle cure. È il malato che deve decidere in concerta-

zione con il medico palliativista tale possibilità, d'altronde se è incosciente non ha bisogno di sedazione profonda.

In conclusione, la differenza tra le due pratiche è che l'eutanasia è la volontà di porre fine alla vita per mezzo di un farmaco su esplicita richiesta; con la sedazione palliativa invece, che è un atto terapeutico, si vuole liberare il malato dalla sofferenza.

Gli articoli sulla disposizione anticipata di trattamento e sulla pianificazione anticipata delle cure rappresentano, in ideale continuità etico-giuridica e deontologica con il consenso informato, la parte più innovativa del testo, perché finalmente coprono un vuoto normativo vissuto come critico da malati e sanitari. Le formule prescritte per legalizzare le disposizioni anticipate fanno riferimento alla cartella clinica, realizzando un buon compromesso fra le comprensibili esigenze di tutela giuridica delle volontà espresse e la indispensabile flessibilità operativa che la clinica impone e che sarebbe compromessa da una burocratizzazione eccessiva delle procedure formali.

# Una Legge contro l'accanimento terapeutico o una Legge che ha approvato l'eutanasia?

*Rodolfo Proietti*

La Legge 22 dicembre 2017 n. 219 su “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” presenta certamente punti positivi ma anche norme di difficile interpretazione che potrebbero aprire la strada all'eutanasia.

Per quanto concerne gli aspetti positivi mi riferisco in particolare all'Art. 5 sulla “Pianificazione condivisa delle cure”. Nel comma 1 è chiaramente disposto che «nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità».

Questo comma consente di evitare terapie sproporzionate per eccesso in tutti quei pazienti, in vero molti, che improvvisamente manifestano un peggiorare delle condizioni cliniche che li rendono incapaci di condividere proposte terapeutiche finalizzate esclusivamente a prolungare per breve tempo la vita senza un concreto beneficio.

La corretta applicazione della “pianificazione condivisa delle cure” consentirà di evitare terapie rianimative e/o intensivologiche in tutti quei casi in cui il paziente ha già espresso il proprio dissenso all'interno di una continua e fattiva relazione con i propri medici curanti.

Le differenze rispetto alle “Disposizioni anticipate di trattamento” sono sostanziali.

In particolare la “Pianificazione condivisa delle cure” si concretizza nel contesto di patologie già in atto e non in previsione di ipotetiche patologie future; inoltre il consenso o dissenso a determinate proposte terapeutiche

è manifestato e condiviso direttamente con l'équipe sanitaria curante, l'unica in grado di chiarire tutti gli aspetti positivi e negativi di un protocollo assistenziale.

È opportuno sottolineare che, in ambiente ospedaliero, terapie sproporzionate per eccesso sono prescritte ed attuate nella maggior parte dei casi da medici di guardia chiamati in urgenza che non conoscono direttamente il paziente e che, giustamente, praticano tutte le terapie necessarie per salvare la vita indipendentemente dalla prognosi della patologia in atto. In questo contesto sarebbe opportuno che eventuali disposizioni di non rianimare siano chiaramente segnalate in cartella clinica da parte dei medici curanti.

Per quanto concerne gli aspetti negativi della Legge e le norme di difficile interpretazione mi riferisco in particolare al problema della "nutrizione ed idratazione artificiali" ed al comma 2 dell'Art. 2.

Nell'Art. 1 sul "Consenso informato" al comma 5 si riporta: «Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4 qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso... Ai fini della presente Legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici...».

Così come ribadito da numerose Società Scientifiche, ritengo appropriato annoverare la nutrizione e l'idratazione artificiali tra i trattamenti sanitari ma è altrettanto doveroso sottolineare che la loro sospensione è unicamente motivata dall'obiettivo di determinare la morte anche quando la patologia in atto ha ancora una prognosi infausta a medio/lungo termine (oltre i 3-6 mesi).

Di fatto ci troviamo di fronte a pazienti che hanno deciso di "lasciarsi morire" scegliendo la strada dell'eutanasia omissiva.

Ovviamente non compete a me esprimere giudizi morali, etici o deontologici su decisioni certamente sofferte e che meritano comunque il massimo rispetto e non solo l'umana compassione.

Ritengo comunque che il massimo rispetto sia dovuto anche alla coscienza del medico che dovrebbe poter esprimere il proprio dissenso alla sospensione di atti assistenziali che configurano chiaramente un'eutanasia omissiva.

Un'attenta riflessione merita anche il comma 2 dell'art.2: «Nei casi di pazienti con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte,

il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione alla terapia del dolore, con il consenso del paziente».

Per quanto concerne il dovere deontologico di astenersi da trattamenti inutili e sproporzionati (accanimento terapeutico) non riesco a comprendere perché debba essere limitato a pazienti con prognosi infausta a breve termine o nella imminenza della morte. L'irragionevole ostinazione diagnostica-terapeutica non è mai giustificabile indipendentemente dalla prognosi come chiaramente indicato nel "Codice di deontologia medica".

Ancor più di difficile interpretazione appare l'indicazione alla "sedazione palliativa profonda continua". Sembrerebbe che sia sufficiente una *sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari per giustificarla*.

Su questo argomento esiste un'ampia letteratura. In questa sede farò riferimento in particolare a due pareri certamente autorevoli: quello della Società Italiana di Cure Palliative sulla "Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa" pubblicato nell'ottobre del 2007 e quello del Comitato Nazionale per la Bioetica su "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte" pubblicato il 29 gennaio del 2016.

I due documenti concordano nel definire i criteri minimi indispensabili per poter proporre una sedazione palliativa profonda continua:

- Morte imminente attesa entro poche ore o pochi giorni (2/3 giorni).
- Presenza di uno o più *sintomi refrattari che determinano una sofferenza insopportabile*.
- *Consenso informato del paziente*.

Su questi criteri il comma 2, non è chiaro.

Considerando che l'indicazione alla sedazione profonda continua (sedazione con perdita della coscienza praticata in modo continuo fino al verificarsi della morte) compare nel secondo paragrafo del comma 2 si potrebbe ritenere che il criterio sufficiente per giustificare la sua adozione sia costituito esclusivamente dalla presenza di una sofferenza refrattaria. Anche tenendo conto del primo paragrafo possiamo ritenere che l'indicazione non sia limitata "nell'imminenza della morte" ma possa essere estesa anche ai pazienti con "prognosi infausta a breve termine". È ben noto che nell'ambito delle cure palliative per "prognosi infausta a breve termine" si intende una morte attesa entro qualche settimana o qualche mese (3/6 mesi) e non entro pochi giorni. Il criterio della prognosi è fondamentale,

a mio parere, per esprimere un giudizio etico sulla tecnica della sedazione profonda continua. L'esperienza ha dimostrato che detta procedura quando eseguita nel rispetto dei criteri sopra elencati non anticipa la morte. Lo stesso non può dirsi quando l'aspettativa di vita è ancora di settimane o mesi. In questi casi non possiamo escludere obiettivi eutanasici.

Infine non si comprende perché sia stato utilizzato il termine "sofferenze refrattarie" rispetto a "sintomi refrattari". I sintomi (dispnea, dolore, nausea e vomito incoercibili, delirio...) sono facilmente documentabili e misurabili; la sofferenza è una condizione patologica la cui gravità è quantificabile solo dalla persona malata. Ritenerla criterio sufficiente per procedere ad una sedazione profonda che abolirà per sempre la coscienza della persona malata mi sembra inaccettabile.

## Quali valori sono “non negoziabili”

Salvatore Rinaldi

La categoria della “non negoziabilità” è emersa per la prima volta nel Magistero della Chiesa nella *Nota dottrinale circa alcune questioni riguardanti l’impegno e il comportamento dei cattolici nella vita politica* emanata il 24 novembre del 2002 dalla Congregazione per la dottrina della fede. La Nota era firmata dal cardinale Joseph Ratzinger, nella qualità di Prefetto della Congregazione e venne approvata da Papa Giovanni Paolo II. Nel paragrafo 3 della *Nota* si ribadisce che «non è compito della Chiesa formulare soluzioni concrete – e meno ancora soluzioni uniche – per questioni temporali che Dio ha lasciato al libero e responsabile giudizio di ciascuno». Se però, aggiunge la *Nota*, il cristiano è tenuto ad «ammettere la legittima molteplicità e diversità delle opzioni temporali», egli è ugualmente chiamato «a dissentire da una concezione del pluralismo in chiave di relativismo morale, nociva per la stessa vita democratica, la quale ha bisogno di fondamenti veri e solidi, vale a dire, di principi etici che per la loro natura e per il loro ruolo di fondamento della vita sociale non sono negoziabili». Nel prosieguo della *Nota*, e in particolare nel paragrafo 4, si procede a una esemplificazione di questi principi, dopo aver ribadito che «la partecipazione diretta dei cittadini alle scelte politiche si rende possibile solo nella misura in cui trova alla sua base una retta concezione della persona». Le esigenze etiche fondamentali e irrinunciabili, nelle quali è in gioco l’essenza dell’ordine morale, che riguarda il bene integrale della persona, sono quelle che emergono nelle leggi civili in materia di aborto e di eutanasia, quelle che concernono la tutela e la promozione della famiglia, fondata sul matrimonio monogamico tra persone di sesso diverso, protetta nella sua unità e stabilità e alla quale non possono essere giuridicamente equiparate in alcun modo altre forme di convivenza; quelle che garantiscono la libertà di educazione ai genitori per i propri figli. L’esemplificazione ovviamente non è esaustiva. La *Nota* infatti continua richiamando la tutela sociale dei minori e la liberazione delle vittime dalle moderne forme di schiavitù (come la droga e lo sfruttamento della prostituzione),

includendo in questo elenco il diritto alla libertà religiosa e lo sviluppo per un'economia che sia al servizio della persona e del bene comune, nel rispetto della giustizia sociale, del principio di solidarietà umana e di quello di sussidiarietà. E infine si richiama come essenziale in questa esemplificazione il grande tema della pace. Non deve destare meraviglia il fatto che l'espressione principi non negoziabili, elaborata da Joseph Ratzinger Cardinale, sia stata da allora ripresa molte volte da Joseph Ratzinger come Papa Benedetto XVI e, naturalmente, in altri documenti del Magistero, fino al punto che tale espressione è ormai divenuta frequente ogni qual volta si discuta sulle posizioni in merito alle quali la Chiesa e i cattolici non possono e non devono transigere. È chiaro, in base ai testi che abbiamo citato, che l'ammonimento del Papa a difendere fino in fondo questi principi è rivolto in primo luogo ai cattolici che partecipano alla vita politica. Ma è lecito interrogarsi se i giuristi non debbano sentirsi anche loro destinatari di un invito così autorevole. La risposta, ovviamente, è positiva. I giuristi non solo possono, ma devono assumere i principi indicati da Benedetto XVI (la promozione del bene comune, l'impegno per la pace, la difesa della vita e della famiglia, il pieno riconoscimento della libertà di educazione) come *giuridicamente non negoziabili* e assimilarli a quei principi che, nel loro lessico tradizionale, costituiscono l'ossatura del *diritto naturale*. Ai giuristi è infatti sufficiente rilevare che, se non si assumono questi principi come non negoziabili, la costruzione di un qualsivoglia sistema giuridico diviene impossibile. Facciamo alcuni esempi. Un potere rescisso dal bene comune può pure imporsi sulla faccia della terra (e storicamente si è imposto innumerevoli volte), ma non come ordinante e pacificante (secondo quella che è la vocazione del diritto), bensì nella sua dimensione di forza bruta e cieca. Se la vita non è tutelata giuridicamente dal suo inizio fino alla sua fine naturale, l'esistenza dell'individuo cade inevitabilmente nelle mani di poteri biopolitici, governati dalla logica glaciale della funzionalità riproduttiva. Se la famiglia non viene riconosciuta come l'ordine antropologico primario, antecedente a qualsivoglia ordine politico, perché, a differenza di questo, è dotato di una naturalità non convenzionale, l'identità personale di ogni essere umano diviene evanescente e cade nella disponibilità delle forze occasionalmente prevalenti. Se si nega ai genitori la libertà di educare i figli ai propri valori per affidarla unicamente allo Stato, la formazione delle nuove generazioni verrà inevitabilmente modellata sui paradigmi impersonali della politica e non su quelli personali dell'unico luogo, cioè il contesto familiare, nel quale l'individuo può farsi riconosce-

re e riconoscere l'altro in una logica di comunicazione totale. Negoziare su tali principi implica mettere in discussione non opzioni individuali per il bene (cosa che è sempre, in linea di principio, lecita), ma l'esistenza stessa di un bene umano universale, al quale tutte le persone hanno il diritto di attingere. Se è diverso l'orientamento al bene umano proprio dei politici, rispetto a quello proprio dei giuristi, non può essere diverso l'impegno di testimonianza che nei confronti del bene devono assumere gli uni e gli altri. La *coerenza eucaristica*, che il Papa cita come ammonimento ai credenti, va tradotta e professata dai giuristi cattolici come una vera e propria *coerenza antropologica* o, se si vuole, di servizio limpido e infaticabile al bene dell'uomo.

### Principi della dottrina cattolica su laicità e pluralismo

Di fronte a queste problematiche, se è lecito pensare all'utilizzo di una pluralità di metodologie, che rispecchiano sensibilità e culture differenti, nessun fedele tuttavia può appellarsi al principio del pluralismo e dell'autonomia dei laici in politica, favorendo soluzioni che compromettano o che attenuino la salvaguardia delle esigenze etiche fondamentali per il bene comune della società. Non si tratta di per sé di «valori confessionali», poiché tali esigenze etiche sono radicate nell'essere umano e appartengono alla legge morale naturale. Esse non esigono in chi le difende la professione di fede cristiana, anche se la dottrina della Chiesa le conferma e le tutela sempre e dovunque come servizio disinteressato alla verità sull'uomo e al bene comune delle società civili. D'altronde, non si può negare che la politica debba anche riferirsi a principi che sono dotati di valore assoluto proprio perché sono al servizio della dignità della persona e del vero progresso umano.

Il richiamo che spesso viene fatto in riferimento alla “*laicità*” che dovrebbe guidare l'impegno dei cattolici, richiede una chiarificazione non solo terminologica. La promozione secondo coscienza del bene comune della società politica nulla ha a che vedere con il “confessionalismo” o l'intolleranza religiosa. Per la dottrina morale cattolica la laicità intesa come autonomia della sfera civile e politica da quella religiosa ed ecclesiastica – *ma non da quella morale* – è un valore acquisito e riconosciuto dalla Chiesa e appartiene al patrimonio di civiltà che è stato raggiunto<sup>7</sup>. Gio-

<sup>7</sup> Cfr. Concilio Vaticano II, Cost. Past. *Gaudium et spes*, n. 76.

vanni Paolo II ha più volte messo in guardia contro i pericoli derivanti da qualsiasi confusione tra la sfera religiosa e la sfera politica. «Assai delicate sono le situazioni in cui una norma specificamente religiosa diventa, o tende a diventare, legge dello Stato, senza che si tenga in debito conto la distinzione tra le competenze della religione e quelle della società politica. Identificare la legge religiosa con quella civile può effettivamente soffocare la libertà religiosa e, persino, limitare o negare altri inalienabili diritti umani»<sup>8</sup>. Tutti i fedeli sono ben consapevoli che gli atti specificamente religiosi (professione della fede, adempimento degli atti di culto e dei Sacramenti, dottrine teologiche, comunicazioni reciproche tra le autorità religiose e i fedeli, ecc.) restano fuori dalle competenze dello Stato, il quale né deve intromettersi né può in modo alcuno esigerli o impedirli, salve esigenze fondate di ordine pubblico. Il riconoscimento dei diritti civili e politici e l'erogazione dei pubblici servizi non possono restare condizionati a convinzioni o prestazioni di natura religiosa da parte dei cittadini.

Questione completamente diversa è il diritto-dovere dei cittadini cattolici, come di tutti gli altri cittadini, di cercare sinceramente la verità e di promuovere e difendere con mezzi leciti le verità morali riguardanti la vita sociale, la giustizia, la libertà, il rispetto della vita e degli altri diritti della persona. Il fatto che alcune di queste verità siano anche insegnate dalla Chiesa non diminuisce la legittimità civile e la "laicità" dell'impegno di coloro che in esse si riconoscono, indipendentemente dal ruolo che la ricerca razionale e la conferma procedente dalla fede abbiano svolto nel loro riconoscimento da parte di ogni singolo cittadino. La "laicità", infatti, indica in primo luogo l'atteggiamento di chi rispetta le verità che scaturiscono dalla conoscenza naturale sull'uomo che vive in società, anche se tali verità siano nello stesso tempo insegnate da una religione specifica, poiché la verità è una. Sarebbe un errore confondere la giusta *autonomia* che i cattolici in politica debbono assumere con la rivendicazione di un principio che prescinde dall'insegnamento morale e sociale della Chiesa.

Con il suo intervento in questo ambito, il Magistero della Chiesa non vuole esercitare un potere politico né eliminare la libertà d'opinione dei cattolici su questioni contingenti. Esso intende invece — come è suo proprio compito — istruire e illuminare la coscienza dei fedeli, soprattutto di quanti si dedicano all'impegno nella vita politica, perché il loro agire

<sup>8</sup> Giovanni Paolo II, *Messaggio per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace 1991*: "Se vuoi la pace, rispetta la coscienza di ogni uomo", IV, AAS 83 (1991), pp. 410-421.

sia sempre al servizio della promozione integrale della persona e del bene comune. L'insegnamento sociale della Chiesa non è un'intromissione nel governo dei singoli Paesi. Pone certamente un dovere morale di coerenza per i fedeli laici, interiore alla loro coscienza, che è unica e unitaria. «Nella loro esistenza non possono esserci due vite parallele: da una parte, la vita cosiddetta “spirituale”, con i suoi valori e con le sue esigenze; e dall'altra, la vita cosiddetta “secolare”, ossia la vita di famiglia, di lavoro, dei rapporti sociali, dell'impegno politico e della cultura. Il tralcio, radicato nella vite che è Cristo, porta i suoi frutti in ogni settore dell'attività e dell'esistenza. Infatti, tutti i vari campi della vita laicale rientrano nel disegno di Dio, che li vuole come “luogo storico” del rivelarsi e del realizzarsi dell'amore di Gesù Cristo a gloria del Padre e a servizio dei fratelli. Ogni attività, ogni situazione, ogni impegno concreto – come, ad esempio, la competenza e la solidarietà nel lavoro, l'amore e la dedizione nella famiglia e nell'educazione dei figli, il servizio sociale e politico, la proposta della verità nell'ambito della cultura – sono occasioni provvidenziali per un “continuo esercizio della fede, della speranza e della carità”<sup>9</sup>. Vivere ed agire politicamente in conformità alla propria coscienza non è un succube adagiarsi su posizioni estranee all'impegno politico o su una forma di confessionalismo, ma l'espressione con cui i cristiani offrono il loro coerente apporto perché attraverso la politica si instauri un ordinamento sociale più giusto e coerente con la dignità della persona umana.

Nelle società democratiche tutte le proposte sono discusse e vagliate liberamente. Coloro che in nome del rispetto della coscienza individuale volessero vedere nel dovere morale dei cristiani di essere coerenti con la propria coscienza un segno per squalificarli politicamente, negando loro la legittimità di agire in politica coerentemente alle proprie convinzioni riguardanti il bene comune, incorrerebbero in una forma di intollerante *laicismo*. In questa prospettiva, infatti, si vuole negare non solo ogni rilevanza politica e culturale della fede cristiana, ma perfino la stessa possibilità di un'etica naturale. Se così fosse, si aprirebbe la strada ad un'anarchia morale che non potrebbe mai identificarsi con nessuna forma di legittimo pluralismo. La sopraffazione del più forte sul debole sarebbe la conseguenza ovvia di questa impostazione. La marginalizzazione del Cristianesimo, d'altronde, non potrebbe giovare al futuro progettuale di una società e alla

<sup>9</sup> Giovanni Paolo II, Esort. Apost. *Christifideles laici*, n. 59. La citazione interna è del Concilio Vaticano II, Decreto *Apostolicam actuositatem*, n. 4.

concordia tra i popoli, ed anzi insidierebbe gli stessi fondamenti spirituali e culturali della civiltà<sup>10</sup>.

### Considerazioni su aspetti particolari

È avvenuto in recenti circostanze che, anche all'interno di alcune associazioni o organizzazioni di ispirazione cattolica, siano emersi orientamenti a sostegno di forze e movimenti politici che su questioni etiche fondamentali hanno espresso posizioni contrarie all'insegnamento morale e sociale della Chiesa. Tali scelte e condivisioni, essendo in contraddizione con principi basilari della coscienza cristiana, non sono compatibili con l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni che si definiscono cattoliche. Analogamente, è da rilevare che alcune Riviste e Periodici cattolici in certi Paesi hanno orientato i lettori in occasione di scelte politiche in maniera ambigua e incoerente, equivocando sul senso dell'autonomia dei cattolici in politica e senza tenere in considerazione i principi a cui si è fatto riferimento.

La fede in Gesù Cristo, che ha definito se stesso «la via, la verità e la vita» (Gv 14,6), chiede ai cristiani lo sforzo per inoltrarsi con maggior impegno nella costruzione di una cultura che, ispirata al Vangelo, riproponga il patrimonio di valori e contenuti della Tradizione cattolica. La necessità di presentare in termini culturali moderni il frutto dell'eredità spirituale, intellettuale e morale del cattolicesimo appare oggi carico di un'urgenza non procrastinabile, anche per evitare il rischio di una diaspora culturale dei cattolici. Del resto lo spessore culturale raggiunto e la matura esperienza di impegno politico che i cattolici in diversi paesi hanno saputo sviluppare, specialmente nei decenni posteriori alla seconda guerra mondiale, non possono porli in alcun complesso di inferiorità nei confronti di altre proposte che la storia recente ha mostrato deboli o radicalmente fallimentari. È insufficiente e riduttivo pensare che l'impegno sociale dei cattolici possa limitarsi a una semplice trasformazione delle strutture, perché se alla base non vi è una cultura in grado di accogliere, giustificare e progettare le istanze che derivano dalla fede e dalla morale, le trasformazioni poggeranno sempre su fragili fondamenta.

<sup>10</sup> Cfr. Giovanni Paolo II, *Discorso al Corpo Diplomatico accreditato presso la Santa Sede*, in «L'Osservatore Romano», 11/I/2002.

La fede non ha mai preteso di imbrigliare in un rigido schema i contenuti socio-politici, consapevole che la dimensione storica in cui l'uomo vive impone di verificare la presenza di situazioni non perfette e spesso rapidamente mutevoli. Sotto questo aspetto sono da respingere quelle posizioni politiche e quei comportamenti che si ispirano a una visione utopistica la quale, capovolgendo la tradizione della fede biblica in una specie di profetismo senza Dio, strumentalizza il messaggio religioso, indirizzando la coscienza verso una speranza solo terrena che annulla o ridimensiona la tensione cristiana verso la vita eterna.

Nello stesso tempo, la Chiesa insegna che non esiste autentica libertà senza la verità. «Verità e libertà o si coniugano insieme o insieme miseramente periscono», ha scritto Giovanni Paolo II<sup>11</sup>. In una società dove la verità non viene prospettata e non si cerca di raggiungerla, viene debilitata anche ogni forma di esercizio autentico di libertà, aprendo la via ad un libertinismo e individualismo, dannosi alla tutela del bene della persona e della società intera.

A questo proposito è bene ricordare una verità che non sempre oggi è percepita o formulata esattamente nell'opinione pubblica corrente: il diritto alla libertà di coscienza e in special modo alla libertà religiosa, proclamato dalla Dichiarazione *Dignitatis humanae* del Concilio Vaticano II, si fonda sulla dignità ontologica della persona umana, e in nessun modo su di una inesistente uguaglianza tra le religioni e tra i sistemi culturali umani<sup>12</sup>. In questa linea il Papa Paolo VI ha affermato che «il Concilio, in nessun modo, fonda questo diritto alla libertà religiosa sul fatto che tutte le religioni, e tutte le dottrine, anche erronee, avrebbero un valore più o meno uguale; lo fonda invece sulla dignità della persona umana, la quale esige di non essere sottoposta a costrizioni esteriori che tendono ad opprimere la coscienza nella ricerca della vera religione e nell'adesione

<sup>11</sup> Giovanni Paolo II, Lett. Enc. *Fides et ratio*, n. 90, AAS 91 (1999), pp. 5-88.

<sup>12</sup> Cfr. Concilio Vaticano II, Dich. *Dignitatis humanae*, n. 1: «Il Sacro Concilio anzitutto professa che Dio stesso ha fatto conoscere al genere umano la via, attraverso la quale gli uomini, servendolo, possono in Cristo divenire salvi e beati. Crediamo che questa unica vera religione sussista nella Chiesa cattolica». Ciò non toglie che la Chiesa consideri con sincero rispetto le varie tradizioni religiose, anzi riconosce presenti in esse “elementi di verità e di bontà”. Cfr. Concilio Vaticano II, Cost. Dogm. *Lumen gentium*, n. 16; Decr. *Ad gentes*, n. 11; Dich. *Nostra aetate*, n. 2; Giovanni Paolo II, Lett. Enc. *Redemptoris missio*, n. 55, AAS 83 (1991), pp. 249-340; Congregazione per la dottrina della fede, Dich. *Dominus Iesus*, nn. 2; 8; 21, AAS 92 (2000), pp. 742-765.

ad essa»<sup>13</sup>. L'affermazione della libertà di coscienza e della libertà religiosa non contraddice quindi affatto la condanna dell'indifferentismo e del relativismo religioso da parte della dottrina cattolica<sup>14</sup>, anzi con essa è pienamente coerente.

<sup>13</sup> Paolo VI, *Discorso al Sacro Collegio e alla Prelatura Romana*, in *Insegnamenti di Paolo VI* 14 (1976), pp. 1088-1089.

<sup>14</sup> Cfr. Pio IX, Lett. Enc. *Quanta cura*, ASS 3 (1867), p. 162; Leone XIII, Lett. Enc. *Immortale Dei*, ASS 18 (1885), pp. 170-171; Pio XI, Lett. Enc. *Quas primas*, AAS 17 (1925) 604-605; *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 2108; Congregazione per la dottrina della fede, *Dich. Dominus Iesus*, n. 22.