

## Fiducia, fiduciario e persona di fiducia nella pianificazione condivisa delle cure

Anna Aprile, Marco Azzalini, Daniele Rodriguez\*

TRUST, TRUSTEE AND PERSON OF TRUST IN SHARED CARE PLANNING

ABSTRACT: The contribution focuses on the role of trust applied to the care and medical relationship, with specific attention on the related figures, also in view of law 219/17.

KEYWORDS: Advance care planning; shared care planning; trust; relationship; trustee; self-determination

ABSTRACT: il contributo si sofferma sul ruolo del concetto della fiducia applicato alla relazione di cura, soffermandosi specificamente sulle figure connesse, anche alla luce della legge 219/17.

PAROLE CHIAVE: Fiducia; cura; relazione; fiduciario; autodeterminazione

SOMMARIO: 1. La fiducia nella legge 219/17 – 2. La cura e la fiducia nella relazione medico-paziente – 3. Ruoli e figure della relazione di cura – 4. Compiti e prerogative della persona di fiducia – 5. Modalità di designazione della persona di fiducia – 6. Considerazioni sulla scelta del fiduciario – 7. La fiducia come nuovo paradigma nella relazione di cura.

### 1. La fiducia nella legge 219/17

Il concetto di fiducia non risulta estraneo agli etimi del diritto privato. Un risalente, consolidato apparato tecnico ben noto ai giuristi non lesina, nell'ambito patrimoniale, i riferimenti alla *fiducia cum amico*, alla *fiducia cum creditore*, alla *fides*, all'affidamento ingenerato e ancora più ampiamente alla buona fede nelle trattative, nella conclusione ed esecuzione dei contratti, nella gestione delle vicende dei rapporti obbligatori<sup>1</sup>. E tuttavia è stato giustamente osservato come, anteriormente alla legge 219/17, il riferimento alla fiducia nella relazione in ambito sanitario non rientrasse abitualmente nel lessico giuridico connotante detta disciplina, risultando piuttosto proprio dell'ambito deontologico.

---

\* Anna Aprile, Professoressa Associata di Medicina legale, Università di Padova. Mail: [anna.aprile@unipd.it](mailto:anna.aprile@unipd.it); Marco Azzalini, Professore Associato di Diritto Privato Università di Bergamo. Mail: [marco.azzalini@unibg.it](mailto:marco.azzalini@unibg.it); Daniele Rodriguez, Professore Ordinario i.q.di Medicina legale, Università di Padova. Mail: [danielec.rodriguez@gmail.com](mailto:danielec.rodriguez@gmail.com). Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

<sup>1</sup> Cfr. per alcuni riferimenti sul punto G. Di ROSA, *Il mandato (Artt. 1703-1709)*, in *Il Codice Civile. Commentario diretto da Piero Schlesinger*, Milano 2012, sub art. 1706, 111 ss. e specialmente 117, nt. 16; cfr. anche P. ZATTI, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *Nuova giurisprudenza civile commentata*, 1, 2018, 247 ss.

La spiegazione di un tale fenomeno risiede nel fatto che la fiducia del diritto patrimoniale ha in comune con la fiducia relazionale richiamata in rapporto alla cura solo l'ampio alveo di una lata accezione di affidamento, troppo estesa per conferire di per sé omogeneità a due concetti, e due nozioni, che alla fin fine rappresentano entità distinte. La fiducia a cui fa riferimento la legge 219/17, insomma, risulta per gran parte solo omonima rispetto a quella evocata nell'ambito del diritto patrimoniale. E questo spiega tanto una certa difficoltà d'inquadramento del fenomeno nelle categorie tradizionali, quanto l'esigenza di una riconsiderazione concettuale, oltre che culturale, degli elementi chiave che si pongono alla base della relazione medico-paziente, anche sotto il profilo giuridico.

La fiducia rappresenta un valore dinamico gravido di implicazioni comunicative, di profili che hanno a che vedere con l'empatia, la condivisione, il confronto, il coinvolgimento interpersonale. La fiducia rileva da un lato come elemento fondante della relazione di cura, ma d'altro lato connota anche la posizione e la qualificazione di taluni soggetti potenzialmente coinvolti nella relazione stessa. Nella legge 219/17, infatti, la figura del fiduciario, pur diversamente sfaccettata a seconda dei vari contesti nei quali viene in rilievo (la dimensione comunicativa, la dimensione attuativa, il ruolo *lato sensu* di garanzia ecc.), appare costantemente connotata da una caratteristica qualificante, che ne rappresenta, per così dire, la *mission*: quella di rappresentare, principalmente, un ausilio poliedrico rispetto alla relazione virtuosa tra curanti e curati. Dunque si tratta di una figura strumentale, che nello svolgimento del proprio incarico e nell'assunzione del proprio ruolo è chiamata a tenere necessariamente conto dei principi che debbono porsi alla base della relazione in questione così come dei caratteri della stessa: basti ricordare l'estrema delicatezza dei valori in gioco; la necessità di temperare la libertà e l'integrità del paziente con l'autonomia e l'impostazione professionale del curante; il richiamo espresso alla promozione e valorizzazione della "relazione di cura e fiducia tra paziente e medico" (art 1, comma secondo); la natura giocoforza dinamica del rapporto di cura, che non si sostanzia solo o tanto in un susseguirsi di momenti statici, ma vive soprattutto di una dimensione fluida e intrinsecamente destinata a una evoluzione: e anche per questo tale da influire, inserendovisi, sulla biografia stessa delle persone. Come si intenderà facilmente, il tema si sviluppa in una dimensione molto lontana da quella nella quale opera il riferimento alla fiducia nel diritto patrimoniale.

E se è pur vero che il linguaggio impiegato, in generale, nella legge 219/17 risulta non sempre omogeneo, riflettendo, come è stato acutamente osservato, l'intreccio tra due culture che paiono essere maturate nel tempo, da un lato quella del consenso informato e dall'altro quella della relazione di cura<sup>2</sup>, è anche vero che, perlomeno rispetto all'inquadramento della figura del fiduciario, entrambe queste impostazioni non possono prescindere dalla finalità unitaria già evidenziata, vale a dire quella di favorire il corretto dipanarsi di un rapporto, tra sanitario e destinatario della cura, fondato sulla fiducia e poi costruito attraverso dinamiche di tipo consensuale, vale a dire individuando quale sia l'interesse precipuo del paziente considerato nella sua infungibilità e unicità personali, anche in rapporto alle possibilità prefigurate dal medico e alle competenze dello stesso.

Peraltro, va detto che, proprio per le segnalate peculiarità, il riferimento più o meno espresso, più o meno avvertito alla fiducia ha sempre attraversato la materia in questione, e ciò da ben prima dell'entrata in vigore della legge 219/17.

<sup>2</sup> Cfr. al riguardo P. ZATTI, *Brevi note sull'interpretazione della legge n. 219 del 2017*, in *Nuove leggi civili commentate*, 1, 2019, 3 ss.

Né si può dire che l'ambito medico sia rimasto integralmente insensibile o estraneo a tale nodo centrale, di cui molti hanno avvertito la portata chiave ben prima dell'intervento del legislatore, intuendo la necessità di innervare la relazione di cura con la sostanza, multiforme, propria della fiducia e la parallela necessità di valorizzazione di una certa, specifica sensibilità in tal senso nella prassi clinica consueta. E a questa particolare sensibilità sono per vari versi riconducibili anche le esperienze specifiche di taluni professionisti che, da tempo, operano prestando un contributo di tipo medico-legale al lavoro di chi opera per la tutela della salute nelle diverse dimensioni della prevenzione e della cura, così come previste dal Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta della cosiddetta "medicina legale clinica"<sup>3</sup>, una attività medico-legale peculiare e molto definita, il cui contesto proprio è per l'appunto l'ambito clinico, laddove la medicina legale si accosta al singolo cittadino, alla singola persona che si rivolga al servizio sanitario nazionale, con una attenzione mirata e non limitata agli astratti riferimenti normativi, ma volta a cogliere tutte le possibili implicazioni personali della singola vicenda di cui si tratti.

In questo ruolo specifico, il medico legale opera accanto ai colleghi e a tutti i professionisti sanitari coinvolti nelle situazioni concrete, accedendo abitualmente e sistematicamente ai luoghi di diagnosi e cura e confrontandosi, al tempo stesso, con i responsabili delle diverse istituzioni e strutture sanitarie per proporre loro le opportune indicazioni in tema di formazione del personale e adeguamento organizzativo. Così declinata, la Medicina Legale Clinica ha rappresentato un'attività di consulenza espressiva dei principi della legge 219/17 sin da un tempo ben anteriore alla nascita di quella legge. E sin da allora, è emerso chiaramente che la questione della "fiducia" costituiva e costituisce uno dei temi fondamentali nell'ambito dell'attività sanitaria e una delle questioni di principale interesse per poter costruire, con competenza e ricchezza casistica, un vero, franco, profondo dialogo tra giuristi, medici, pazienti.

## 2. La cura e la fiducia nella relazione medico-paziente

La legge 219/17 considera la fiducia elemento costituente, insieme con la cura, della relazione tra paziente e medico. Tuttavia, mentre molto si è detto sulla relazione di cura<sup>4</sup>, minore attenzione è stata invece dedicata in letteratura alla componente della fiducia all'interno della predetta relazione<sup>5</sup>. Eppure, è proprio la componente della fiducia che si pone alla base della *reciprocità* della relazione. La espressione cardine del comma secondo dell'art. 1, «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», è strutturata in una forma che pare prestare il fianco a qualche interrogativo, perché il sintagma «tra paziente e medico» male sembra attagliarsi alla relazione di cura, che nella realtà pare diretta nel senso inverso, dal medico verso il paziente. L'espressione suona meno singolare se il sintagma viene considerato come riferito alla fiducia, piuttosto che alla cura. In altri termini: la relazione si basa sulla fiducia del paziente verso il medico, il quale assume l'impegno a prendersi cura della persona; ma come

<sup>3</sup> P. BENCIOLINI, *La medicina legale clinica*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2005, 27, 451 ss.

<sup>4</sup> M. MANTOVANI, *Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Nuove leggi civili commentate*, 2019, I, 188 ss.; L. ORSI, *La relazione in medicina*, Atti del Convegno *Un nuovo diritto per la relazione di cura? Dopo la legge 219/2017*, in *Responsabilità medica*, 2019, I, 9 ss.

<sup>5</sup> Sul rapporto di fiducia come elemento necessario ad una cura efficace, e su quello che icasticamente viene indicato come "elefante nella stanza della medicina", rappresentato dalla sfiducia dei cittadini nei suoi confronti, si rinvia a S. SPINSANTI, *Una diversa fiducia*, Roma, 2022, *passim*.

vedremo, la fiducia rileva anche in senso inverso. Nondimeno, la stessa legge n. 219 sembra valorizzare, ancora una volta, preminentemente la relazione di cura proprio nella frase successiva a quella che contiene i passaggi appena citati: «contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria».

La componente della “fiducia” non compare più e questa formulazione sembrerebbe suggerire che la componente della fiducia possa essere prescindibile nella relazione del paziente con i membri dell'équipe sanitaria diversa dai medici. Il passaggio testuale è delicato perché si presta a due tesi interpretative, una delle quali poco convincente<sup>6</sup>. La prima tesi è che il legislatore abbia voluto semplificare il testo, evitando puntigliose e fastidiose ripetizioni, e si sia limitato ad indicare «relazione di cura» intendendo comunque riferirsi alla «relazione di cura e di fiducia» precedentemente menzionata. La seconda tesi è che il legislatore abbia scelto consapevolmente di riferirsi solo alla relazione di cura, ritenendo sostanzialmente inevitabile il fatto che, considerata la vastità dell'équipe sanitaria – con particolare riferimento a quella che viene a delinearsi nell'ambito delle strutture del servizio sanitario nazionale – risulterebbe velleitario garantire costantemente la prestazione della cura da parte di un professionista che sempre goda della fiducia del paziente.

La seconda tesi è da respingere: perché, per quanto numerosi siano i membri dell'équipe, ciò non può costituire giustificazione per escludere la componente della fiducia nei loro confronti e per postulare una relazione monca. Non sussistendo la relazione con i due costituenti della cura e della fiducia, verrebbe a cadere – rispetto agli altri professionisti dell'équipe – il principio del “consenso informato” che richiede – come affermato nella proposizione precedente – la relazione sia di cura che di fiducia.

Il concetto specifico di *cura* non è esplicitato in alcun passo della legge n. 219. Il significato generale della cura è comunque quello di disponibilità verso l'altro e capacità di condividere i suoi bisogni e le sue aspirazioni. La sua realizzazione non si fonda solamente sulle competenze professionali, la cura scaturisce da una motivazione e una dinamica più ampie, vorremmo dire da una matrice *lato sensu* “affettiva”: il primo naturale contesto in cui essa origina è costituito dalle relazioni che si sviluppano nella famiglia e nella comunità. Oltretutto, nella relazione di cura in genere il punto focale non è necessariamente rappresentato da questioni legate alla salute, potendo riguardare altri fatti che inducono sofferenza o preoccupazione<sup>7</sup>. Quando riferita all'ambito sanitario, come avviene nella legge 219/17, la cura, certo, assume una veste anche professionale, o, potremmo dire, professionalizzata, acquisendo anche una componente di impegno legata alla “presa in carico” dei bisogni. La formula “rispettive competenze”, riferita alle varie professioni sanitarie, va dunque considerata tenendo fermo che è “competenza” di ogni professionista sanitario saper percepire e gestire i bisogni della persona; e che esistono competenze “rispettive” delle varie professioni non nella cura bensì nelle pertinenze legate alla diagnostica, alla terapia e all'erogazione dell'assistenza. La cura, in sostanza, rappresenta

<sup>6</sup> Una terza tesi è che il legislatore non abbia meditato a sufficienza sulla seconda frase del comma secondo, come, in primo luogo, lascia intendere l'esordio della stessa, che postula che la «relazione di cura» si basi sulle «rispettive competenze» dei vari professionisti dell'équipe; qui sembra che il legislatore confonda la relazione di cura con le pertinenze professionali nella erogazione dei trattamenti e dell'assistenza, prospettando così che la fiducia verso gli altri professionisti non sia necessaria perché mediata da quella verso il medico.

<sup>7</sup> Sull'importanza delle parole e delle “conversazioni” che si svolgono nei vari scenari di cura, v. S. SPINSANTI, *La cura con parole oneste*, Roma, 2019, *passim*.

una parte del ruolo medico che prescinde dalle specifiche competenze, un fil rouge che deve innervare ogni relazione sanitaria<sup>8</sup>.

Chiarita la portata del riferimento alla cura, una particolare attenzione va dedicata al concetto di *fiducia*. La prospettiva delineata dal comma secondo dell'art.1 della legge n. 219 solo apparentemente può suonare scontata (quando non puramente formale). In realtà va letta anche alla luce di altri due importanti riferimenti normativi: il primo contenuto in un'altra legge di grande rilevanza per l'attività sanitaria, il secondo in una norma deontologica. La legge in questione è la n. 194 del 22 maggio 1978, che ha regolamentato l'interruzione volontaria della gravidanza. Questa contempla un passaggio fondamentale per consentire l'eventuale intervento abortivo: chiede che la donna si rivolga ad un "medico di sua fiducia" per un "incontro" che le consenta di pervenire (nei primi 90 giorni) ad una decisione personale meditata e responsabile. Il termine utilizzato dal legislatore ha indotto molti a identificare tale medico con il medico di medicina generale previsto dalla normativa del servizio sanitario nazionale. In realtà – come è stato osservato<sup>9</sup> – si tratta di una scelta affidata interamente alla donna al di fuori di un rapporto necessariamente amministrativo. Con questa dizione, il legislatore della legge n. 194 ha inteso evidenziare la necessità che una scelta di tale rilevanza possa maturare in una relazione di reale (auspicabile) fiducia.

Per questo motivo riteniamo che anche nella previsione della legge n. 219, laddove si contempla una "relazione di cura e di fiducia", l'interlocutore del paziente non possa essere considerato un medico solo occasionalmente e burocraticamente assegnato alla cura del paziente stesso ma il riferimento non possa essere che a un sanitario che sia in grado, per formazione, competenza e altre caratteristiche rilevanti di volta in volta, di godere della sua fiducia.

Il secondo riferimento è contenuto nel Codice di Deontologia medica (2014) che all'art.20, che tratta della "Relazione di cura" così si esprime: "Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia ...". Questa indicazione introduce un ulteriore richiamo alle caratteristiche della relazione e cioè alla sua "reciprocità"<sup>10</sup>. La considerazione dell'importanza della fiducia è tale che lo stesso Codice di Deontologia prevede la possibilità da parte del medico di risolvere la relazione di cura nel caso in cui ritenga "interrotto il rapporto di fiducia con la persona assistita" (art. 28).

Come abbiamo già accennato, se è vero che la relazione di cura è diretta dal medico verso il paziente, la fiducia non può che essere reciproca, non si tratta di una fiducia dall'uno all'altro, bensì di una fiducia tra soggetti. Mentre la tradizione deontologica ha da sempre evidenziato l'importanza (anche terapeutica) della fiducia del paziente verso chi lo cura, oggi si guarda con crescente attenzione al ruolo formativo che l'esperienza della relazione con il malato esercita sul professionista sanitario<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> Cfr. sul punto M. AZZALINI, *Legge n. 219/17: la relazione medico-paziente irrompe nell'ordinamento positivo tra norme di principio, ambiguità lessicali, esigenze di tutela della persona, incertezze applicative*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2018, 8 ss. e riferimenti *ivi* contenuti.

<sup>9</sup> P. BENCIOLETTI, A. APRILE, *L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità*, Padova, 1990, 13 ss.

<sup>10</sup> S. SPINSANTI, *Il medico, il paziente e la fiducia reciproca*, in *Forward*, 2021, disponibile a: <https://forward.recentiprogredi.it/it/rivista/numero-24-regole/articoli/il-medico-il-paziente-e-la-fiducia-reciproca/>.

<sup>11</sup> V. GIANTIN, G. GUANDALINI (a cura di) *Cura e reciprocità. Molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura*, Bologna, 2022, 33 ss.

### 3. Ruoli e figure della relazione di cura

Nel comma secondo dell'art. 1, compare nuovamente il sostantivo *fiducia*, riferito questa volta ad una persona in cui il paziente la ripone.

La frase include fra i partecipanti alla relazione «se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo»<sup>12</sup>. Così il rapporto si arricchisce e comunque si caratterizza ulteriormente nel senso della fiducia, posto che si delinea, appunto, una relazione con «una persona di fiducia del paziente» e altre persone solo «se il paziente lo desidera», espressione quest'ultima che cela – anche se non lo dichiara – il concetto di fiducia che necessariamente sta alla base del “desiderare” da parte del paziente.

Non è tuttavia detto vi sia una distribuzione simmetrica e reciproca della fiducia fra i partecipanti alla relazione. Se ci sono corrispondenza e reciprocità dichiarate fra medico e paziente ed è auspicabilmente presente la fiducia del paziente verso chi desidera partecipi con lui alla relazione, non è scontato il rapporto di fiducia da parte di chi è designato dal paziente verso il medico e da parte di quest'ultimo verso chi è stato designato.

La presenza della persona di fiducia designata nella relazione presenta una sorta di geometria variabile, a causa delle possibili diverse interpretazioni della norma di riferimento, che prevede che siano coinvolti «anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo». La congiunzione «o» potrebbe suggerire l'esclusione del cumulo delle diverse figure: la scelta del paziente potrebbe così cadere solo su una di loro. Ma tale interpretazione non solo non convince, ma non rende ragione del senso della previsione e del contesto in cui la medesima si inserisce: è poi infatti previsto che possano essere coinvolti «i suoi familiari» e non *uno* dei suoi familiari<sup>13</sup>. Se è ammissibile che il numero superi l'unità, allora l'intera previsione va intesa nel senso che il paziente designi, per esempio, sia un familiare sia una persona di fiducia. In ogni caso, la previsione testuale non sarebbe forzata: infatti, “familiare” ha la duplice accezione di *appartenente alla famiglia* (cioè con legami di parentela) e di *intimità di rapporti*. Se intendiamo i “familiari” del paziente in quest'ultimo senso, la persona di fiducia potrebbe comunque partecipare alla relazione con la qualifica formale di familiare insieme con altra (o altre persone), anche non necessariamente legate da vincolo di parentela<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Cfr. sul tema P. ZATTI, *Brevi note sull'interpretazione della legge, op. cit.*, 3 ss.; R. MASONI, *Il principio di autodecisione in materia medico-sanitaria nelle d.a.t. e nella p.c.c., di cui alla l. n. 219 del 2017*, in *Diritto di famiglia e delle persone*, 2019, 341 ss.; L. E. PERRIELLO, *Prime note a margine della legge sulle disposizioni anticipate, con uno sguardo alla Spagna*, in *Annuario di diritto comparato e di studi legislativi*, 2019, 993 ss.; M. MANTOVANI, *Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, cit., 188 ss.; F. GIARDINA, *Il fiduciario*, in AA.VV., *Forum: La legge n. 219 del 2017, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2018, 1, 66; E. KOKA, C. VENDITTI, D. VESHI, *The importance of legal proxy in end-of-life decisions in some Western European countries*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2018, 3, 901-914.

<sup>13</sup> Sul ruolo dei familiari nella relazione di cura rinviamo a L. OLIVERO, *I ruoli di protezione*, Atti del Convegno *Un nuovo diritto per la relazione di cura? Dopo la legge n. 219/2017*, in *Responsabilità medica, diritto e pratica clinica*, 2019, 120 ss.

<sup>14</sup> In senso conforme G. DI ROSA, *La rete di prossimità e il ruolo del fiduciario*, Atti del Convegno *Un nuovo diritto per la relazione di cura? Dopo la legge n. 219/2017*, in *Responsabilità medica, diritto e pratica clinica*, 2019, 49 ss.

Nell'esperienza clinica di consulenza medico-legale, peraltro, si è avuto modo di constatare come nella grande maggioranza dei casi la persona di fiducia indicata dal paziente corrisponda ad un familiare e, più precisamente, a una persona della cerchia ristretta della famiglia (coniuge, figlio/a, genitore) o a persona convivente.

#### 4. Compiti e prerogative della persona di fiducia

La persona di fiducia del paziente è menzionata più volte nella legge n. 219, non sempre con la stessa terminologia. Nell'art. 1, comma 3°: «persona di fiducia» diventa «persona di sua fiducia»; nell'art. 4, è ribadito «persona di sua fiducia» ed è precisato che sarà «di seguito denominata “fiduciario” (quest'ultimo termine è adottato ripetutamente nell'art.); nell'art. 5 ricompare «persona di sua fiducia» (nel comma 2°) seguito, per due volte, da «fiduciario» (rispettivamente nei commi 3° e 4°).

Le funzioni della persona di fiducia del paziente sono riportate frammentariamente nei vari passi in cui questa persona è menzionata: la terminologia, leggermente difforme, non necessariamente definisce funzioni differenti: il che non toglie che, a seconda dei contesti, la persona di fiducia o il fiduciario possano esprimere comunque specifiche funzioni differenti, a prescindere dalla esatta denominazione. Come noto, il preciso inquadramento giuridico della figura del fiduciario e della persona di fiducia ha dato luogo a dubbi, dibattiti, perplessità diffuse<sup>15</sup>: nella presente sede basti soffermarsi su un aspetto chiave della questione, alla luce del quale è ragionevole ritenere che debbano operare tanto gli interpreti quanto i protagonisti della relazione. Il fulcro della figura del fiduciario va rapportato alla sua funzione effettiva piuttosto che alle categorie tradizionali, va adeguato prima al ruolo, polimorfo e dinamico, che il fiduciario assume rispetto al paziente, piuttosto che alle non sempre decisive oscillazioni lessicali che pur talora emergono dal testo di legge. Si tratti di “persona di fiducia” o di “fiduciario”, sia l'incarico più simile a quello di un procuratore o mandatario (il caso del fiduciario con potere decisionale o con indicazioni che consentano margini discrezionali), oppure a quello di un *nuncius* (il caso del fiduciario investito solamente di una funzione dichiarativa o di controllo), la cifra del fenomeno rimane la medesima: quella dell'individuazione di una sorta di *alter ego* del paziente<sup>16</sup>. Un interlocutore a cui, secondo una geometria necessariamente variabile proprio in ragione dell'opportuna duttilità dello strumento, il paziente abbia conferito legittimazione e poteri tali da poter influire sulle scelte relative alla propria integrità, secondo quanto questi intenda accettabile e conforme alla propria identità biografica, e nei limiti che il malato ritenga, siano essi quelli stretti di un incarico puntualmente determinato, siano i più ampi limiti del conferimento di una potestà decisionale involgente le scelte da compiersi.

Ciò detto, dal punto di vista formale il paziente ben può designare persone di fiducia/fiduciari diversi con “mandati” esplicitamente dichiarati, conformemente a quanto espresso o facilmente deducibile dalla norma di riferimento, in particolare secondo le seguenti ipotesi:

- partecipazione alla relazione di cura: art.1, comma 2°;

<sup>15</sup> Per un inquadramento del tema cfr., *ex multis*, G. DI ROSA, *La relazione di cura e di fiducia tra medico e paziente*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 1, 2019, 26 ss.

<sup>16</sup> Il suggestivo riferimento all'*alter ego* nell'ambito di una interessante riflessione sulla possibile pluralità di funzioni ascrivibili al fiduciario è operato da G. DI ROSA, *La relazione di cura e di fiducia*, *op. cit.*, 42.

- destinatario delle informazioni e dichiarante il consenso se il paziente non è informato: art. 1, comma 3°;
- partecipazione alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT): art. 4, commi 1°, 2°, 3°, 4°, 5° e 7°;
- partecipazione alla pianificazione condivisa delle cure (PCC): art. 5, commi 2°, 3° e 4°.

Vale la pena di considerare partitamente dette ipotesi, seppure in chiave sintetica, per avvedersi della versatilità dello strumento in questione.

In primo luogo, quanto alla partecipazione alla relazione l'art. 1, comma 2° reca la più indeterminata delle previsioni, ma anche la più ampia e onnicomprensiva. La norma è da intendere come inclusiva di tutte le possibilità in cui la relazione di cura si articola, quelle previste dalla legge n. 219 ed eventualmente anche quelle ivi non previste. In tale ottica, la persona di fiducia ha infatti il mandato di partecipare all'attività di informazione contemplata dall'art.1, comma 3°, e quindi anche, se il paziente lo desidera, di affiancare il paziente nel momento dell'espressione della propria volontà, vale a dire sia del consenso, (art. 1 comma 4°), sia del rifiuto (art. 1, comma 5°), sia della revoca (art.1, comma 5°, seconda frase), sia del rifiuto o della revoca di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza (art. 1, comma 5°, quarta frase).

In tutte queste funzioni il fiduciario, come detto, *affianca* il paziente e, in casi particolari, si può anche *sostituire* a lui.

In secondo luogo, l'art. 1, comma 3°, descrive un ruolo peculiare della persona di fiducia, che comprende due fasi, la seconda delle quali non è automatica rispetto alla prima: «Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole». L' «ovvero» che separa le due parti della frase potrebbe lasciare spazio a qualche ambiguità ermeneutica; la vicenda va tuttavia intesa come successione di tre possibili fasi:

- a) rifiuto del paziente di ricevere totalmente o parzialmente le informazioni;
- b) designazione di una persona di sua fiducia incaricata di ricevere le informazioni;
- c) incarico alla medesima persona di esprimere il consenso in sua vece.

Nel caso in cui si verificano tutte e tre le fasi, la relazione si sposta e si focalizza su medico e sulla persona di fiducia. Non è più presente la figura del paziente che, nelle eventualità sopra indicate della partecipazione alla relazione di cura in genere, può avviare ad una relazione eventualmente immatura o difficile fra medico e persona di fiducia; qui invece il medico deve saper costruire una relazione con una persona nuova, che deve essere messa nelle medesime condizioni psicologiche, emozionali e di conoscenza che si sviluppano nella relazione con il paziente. Con riferimento alla fase b), la «cura» della informazione deve essere quindi particolarmente attenta. La norma prevede poi che il paziente abbia facoltà di incaricare la persona di fiducia di esprimere il consenso in sua vece. Sebbene il riferimento sia limitato al consenso, non è da escludere che, nell'ampiezza del possibile mandato fiduciario – aspetto al quale già abbiamo fatto riferimento – sia ricomprendibile anche la legittimazione e il potere a esprimere un eventuale rifiuto dell'attività sanitaria per quando il paziente non lo potrà più fare o anche in altre ipotesi, ferma la necessità eventualmente di recepire un consenso attuale laddove ciò fosse possibile e laddove il paziente acconsentisse a esprimersi, senza “delegare” la scelta. In sostanza, la persona di fiducia, se investita dello specifico incarico o di un potere decisorio adeguatamente ampio, qualora ritenesse il trattamento non adeguato oppure gravato da rischi eccessivi, potrebbe

dunque esprimere un rifiuto, anzi, proprio sulla base del rapporto fiduciario, potrebbe essere tenuta a farlo.

Esiste un'ulteriore situazione in cui potrebbe trovarsi la persona di fiducia nel momento in cui fosse richiesta di esprimere il consenso in vece del paziente che abbia scelto di non essere informato. Si tratta del caso in cui l'attività sanitaria sia indicata e razionale e tuttavia gravata da rischi intrinseci importanti e risulti opinabile che i risultati attesi siano tali da controbilanciare adeguatamente i rischi probabili.

Nella pratica clinica, al paziente che scelga di non essere informato e di affidare ad una persona di fiducia l'espressione di un eventuale consenso (o dissenso), occorre dunque chiarire da subito le possibili eventualità sopra descritte e offrire, nei limiti dell'accettato, un quadro quanto più possibile chiaro ed esauriente in merito alle implicazioni.

In terzo luogo, il fiduciario può essere coinvolto nella vicenda concernente le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). La materia è disciplinata nell'art. 4, ai commi dal primo al quinto, con l'aggiunta del settimo. La particolare attenzione che la legge n. 219 dedica al fiduciario in questo contesto è anche connessa al fatto che egli non opera più a fianco del paziente, partecipando con lui alla relazione con il medico, ma divenendo l'unico interlocutore di quest'ultimo. In letteratura ci si è soffermati in modo particolare sul ruolo del fiduciario in questo specifico contesto<sup>17</sup>. Nell'ambito delle disposizioni anticipate di trattamento è raro che il medico chiamato a realizzarle abbia precedentemente sviluppato una relazione con il paziente alla quale anche il fiduciario abbia preso parte. È invece ineludibile che, nel momento in cui i due si incontrano per concretizzare quanto disposto anticipatamente dal paziente, una relazione debba maturare fra il medico ed il fiduciario. La dimensione della fiducia, salvo casi particolari di conoscenze pregresse, va costruita fra i due nella prospettiva di lealtà reciproca finalizzata alla cura del paziente. La tipicità della situazione – di sostituzione (del fiduciario rispetto al paziente) e non di affiancamento (del fiduciario al paziente) – ha indotto il legislatore a prendere in considerazione alcune evenienze, prevedere alcune garanzie, chiarire alcuni dubbi. Così nell'art. 4 sono previste alcune regole in relazione: alla maggiore età del fiduciario e sua capacità di intendere e di volere (comma 2°); all'accettazione formale della nomina da parte del fiduciario mediante apposita procedura (comma 2°); alla rinuncia alla nomina da parte del fiduciario, con atto scritto da comunicare al disponente (comma 2°); alla revoca dell'incarico da parte del paziente (comma 3°); alla morte o sopravvenuta incapacità del fiduciario (comma 4°); all'eventuale conflitto tra fiduciario e medico (comma 5°).

<sup>17</sup>G. DI COSTANZO, *Le disposizioni anticipate di trattamento. Spunti di riflessione tra diritto pubblico e privato*, in *Diritto Pubblico Europeo - Rassegna online*, 2021, 1 ss. Disponibile a: <http://www.serena.unina.it/index.php/dpe-online/article/view/7572>; G. R. PARENTE, *Le disposizioni anticipate di trattamento: struttura, contenuto, forme e pubblicità*, in *Rassegna di diritto civile*, 2020, 1399 ss.; A. DI SAPIO, D. MURITANO, A. PISCHETOLA, *Disposizioni anticipate di trattamento: tempo di comunicazione, tempo di cura*, in *Famiglia*, 2019, 399 ss.; E. FAZIO, *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: profili problematici*, in *Diritto delle successioni e della famiglia*, 2019, 389 ss.; U. ADAMO, *Il vuoto colmato. Le disposizioni anticipate di trattamento trovano una disciplina permissiva nella legge statale*, in *Rivista AIC*, 2018, 40. Disponibile a: [https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3\\_2018\\_Adamo.pdf](https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3_2018_Adamo.pdf); M. FOGLIA, *Verso (e non oltre) la morte: le "DAT" nella pianificazione delle cure*, in *Studium iuris*, 2019, 423 ss.; A. ARFANI, *Disposizioni anticipate di trattamento e ruolo del fiduciario*, in *Famiglia e diritto*, 2018, 815 ss.; D. CARUSI, *La legge "sul biotestamento": una luce e molte ombre*, in *Corriere giuridico*, 2018, 293 ss.; L. PALAZZANI, *Le DAT e la legge 219/2017: considerazioni bioetiche e biogiuridiche*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2018, 965.

A fronte di tale puntiglio, l'art. 4 non precisa tuttavia le attività del fiduciario in relazione alle disposizioni anticipate di trattamento. Queste attività possono comunque essere ricostruite in due fasi, la prima certa e la seconda potenziale. Dall'indicazione del comma 2°, che prevede che «al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT», discende che egli debba conoscere le DAT avendone opportunamente ed esaurientemente discusso con il paziente e che sia opportuno un periodico rinforzo della loro conoscenza tramite colloqui con il paziente.

Dall'indicazione del comma 5°, che indica che le DAT «possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario», discende un risvolto particolare della relazione fra medico e fiduciario. In questa relazione, il fiduciario dovrà essere attento latore del punto di vista e delle aspirazioni del paziente<sup>18</sup>.

Peraltro, il fiduciario riveste un ruolo significativo anche rispetto alle tre condizioni che permettono al medico di disattendere le DAT. Per un verso, se è possibile che si convenga (fra medico e fiduciario) sulla sussistenza di «terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita», tuttavia il fiduciario ha un ruolo importante nel valutare il concetto del “miglioramento delle condizioni di vita” nella concezione del paziente, come nota e come condivisa con lui. Per altro verso, qualora al medico le DAT «appaiano palesemente incongrue», è compito del fiduciario rilevare la inadeguatezza del verbo *apparire* (da sostituire concettualmente con *essere*), e richiedere una spiegazione dell'incongruità delle DAT e del suo essere palese. Per altro verso ancora, qualora il medico ritenga le DAT «non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente», il compito del fiduciario diventa più arduo, in quanto inerente ad una questione eminentemente tecnica; nel caso non sia egli stesso un medico, e avanzi dubbi sulla mancata corrispondenza delle DAT alla condizione clinica del paziente, il fiduciario potrà comunque chiedere un consulto su questo specifico giudizio.

In quarto e ultimo luogo, nell'art. 5 si torna a prendere in considerazione un fiduciario che affianca il paziente nella sua vicenda clinica ma che può trovarsi a garantire che siano rispettate le sue volontà «qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità» (art. 5, comma 1°). Il comma secondo individua «una persona di sua fiducia» (del paziente ovviamente) che prende parte alla pianificazione condivisa delle cure, essendo adeguatamente informato «in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative». Il comma terzo usa il sostantivo “fiduciario” indicando che «Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale nomina di un fiduciario.» Nel comma secondo e nel comma terzo si adottano terminologie diverse per funzioni diverse; si tratta comunque di una medesima persona, a prescindere da differenze nominalistiche, che può svolgere le due funzioni. Certo, questa persona potrà garantire il rispetto nel futuro degli intendimenti del paziente in modo più adeguato se ha presenziato alle sedute in cui il paziente è stato informato della pianificazione. Inoltre, così operando potrà maturare auspicabilmente una relazione di fiducia tra medico e fiduciario, destinata a

<sup>18</sup> Sui casi in cui le DAT possono essere disattese rinviamo a L. LENTI, *I ruoli di protezione*, in Atti del Convegno *Un nuovo diritto per la relazione di cura? Dopo la legge n. 219/2017, in Responsabilità medica, diritto e pratica clinica*, 2019, 115 ss.

facilitare nel futuro, quando il paziente sarà incapace di decisioni, la loro relazione e la serenità delle scelte, fermo comunque restando che non dovrebbero presentarsi problemi sul da farsi come invece è possibile accada nel caso delle disposizioni anticipate di trattamento. Si è discusso, e con soluzioni controverse,<sup>19</sup> se il fiduciario debba riportare solo la volontà del paziente rispetto ad un percorso già del tutto delineato dandogli voce nel momento in cui egli non sia più in grado di esprimere autonomamente la propria volontà (ruolo meramente attestativo/nunciativo) o se il fiduciario possa concordare con il medico di discostarsi dalla pianificazione e in quali precise circostanze, specialmente qualora si tratti di situazioni non espressamente contemplate nella pianificazione condivisa, in quanto non distintamente prevedibili. A nostro avviso, il fiduciario può esercitare il potere di assumere decisioni sostituendosi al paziente, in funzione integrativa o del tutto creativa rispetto alla manifestazione di volontà o preferenze attuata da parte del paziente, solo quando questa indicazione venga chiaramente espressa dal paziente stesso<sup>20</sup>.

## 5. Modalità di designazione della persona di fiducia

Anche rispetto alla formalizzazione della designazione della persona di fiducia, la legge 219 presenta un quadro composito.

Le norme in argomento riguardano la indicazione del fiduciario nell'ambito rispettivamente delle disposizioni anticipate di trattamento, della pianificazione condivisa delle cure e dell'affidamento ad altri dell'espressione del consenso in caso di rifiuto dell'informazione.

Nel caso delle disposizioni anticipate di trattamento, l'art. 4, commi 3° e 4°, descrive la procedura relativa alla designazione ed alla revoca del fiduciario da parte del paziente nonché alla rinuncia di quest'ultimo alla nomina. «... L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.»

Nel caso della pianificazione condivisa delle cure, l'art. 5, comma 4°, reca il seguente disposto. «Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.»

Nell'ipotesi dell'affidamento ad altri dell'espressione del consenso in caso di rifiuto dell'informazione, l'art.1, comma 3°, non cita espressamente la persona di fiducia, riferendosi agli "incaricati" (di esprimere il consenso in vece del paziente) fra i quali sono compresi anche i familiari: «... Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.» Le due ultime formulazioni citate sono analoghe a quelle

<sup>19</sup> V. sul punto le considerazioni di P. ZATTI, *Brevi note sull'interpretazione della legge n. 219 del 2017*, op. cit., 5 ss.

<sup>20</sup> A. APRILE, M. PICCINI, *Per una pianificazione condivisa delle cure: dai principi alle buone prassi*, in *Responsabilità medica*, 2020, 31 ss.

dell'art.1, comma 4°, a proposito della documentazione del consenso informato<sup>21</sup> e del comma 5° del medesimo articolo in merito alla documentazione del rifiuto e della rinuncia del trattamento sanitario, nonché dell'art.2, comma 3°, sulle annotazioni del ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o del rifiuto della stessa.

In tutte le circostanze in cui la legge n. 219 non rechi disposizioni circa la formalizzazione della designazione della persona di fiducia, riteniamo opportuno, in considerazione di quanto sopra riportato, che tale formalizzazione sia realizzata in forma analoga, con una registrazione nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico<sup>22</sup>.

## 6. Considerazioni sulla scelta del fiduciario

Meritano poi alcune riflessioni altre situazioni in relazione alle quali l'art. 4 ha dettato – come precedentemente esposto – talune regole. Si tratta di norme formalmente valide solo per quanto riguarda le DAT, ma è da valutare se siano applicabili anche nelle altre, diverse condizioni nelle quali viene nominata la persona di fiducia.

La maggiore età del fiduciario non pare requisito indispensabile; possono essere ipotizzate situazioni in cui il paziente può ritenere utile che ad affiancarlo sia un figlio ancora minorenne oppure in cui il paziente, di minore età, cerchi il sostegno di un coetaneo. Il discorso si sposta semmai sulla figura del minore designato, e diventa delicato in considerazione del fatto che una siffatta esperienza, secondo i casi e le persone, può risultare fonte di stress patologico, con ripercussioni potenzialmente gravi sia sulla persona, che sulla relazione e l'incarico stesso.

L'accettazione formale della nomina da parte del fiduciario appare opportuna. Sarà cura del paziente avvisare preliminarmente il fiduciario e cura del medico avere conferma dell'accettazione all'atto e della successiva annotazione in cartella clinica. Di conseguenza, dovrà essere data reciproca informazione, con contestuale annotazione in cartella clinica, di eventi quali la rinuncia alla nomina da parte del fiduciario, la revoca dell'incarico da parte del paziente, la morte o la sopravvenuta incapacità del fiduciario, la sua sostituzione.

<sup>21</sup> L'espressione *consenso informato* mostra, in questo contesto, tutta la sua ambiguità. Il significato è profondamente diverso se la si considera come corrispondente all'espressione del consenso o a tutto il processo di informazione che la precede.

<sup>22</sup> Con riferimento alla designazione della persona di fiducia ricordiamo che una figura di fiduciario è prevista anche dall'articolo 3 della legge 10 febbraio 2020 n. 10 «*Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fin di studio, di formazione e di ricerca scientifica*». Il comma 1 dispone che «l'atto di disposizione del proprio corpo o dei tessuti *post mortem* avviene mediante una dichiarazione di consenso all'utilizzo dei medesimi redatta nelle forme previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219». I commi successivi riprendono il lessico dell'art. 4 della legge 219 ma introducono alcuni disposti innovativi. Il comma 2 prevede che il disponente indichi nella predetta dichiarazione «una persona di sua fiducia, di seguito denominata "fiduciario"», che dovrà comunicare al medico che accerta il decesso l'esistenza del «consenso specifico». Il disponente ha la facoltà di indicare nella dichiarazione anche un sostituto del fiduciario che ne svolge il ruolo in caso di morte o di sopravvenuta incapacità. Come nella legge 219, il fiduciario (e l'eventuale sostituto) devono essere maggiorenni e capaci di intendere e di volere. Le procedure per l'accettazione e la rinuncia da parte del fiduciario (e del sostituto) nonché per la revoca da parte del disponente ricalcano quelle contemplate dall'art. 4. Al fiduciario e al sostituto è rilasciata una copia della dichiarazione di consenso.

La legge n. 219 non prende mai in considerazione specifiche qualità o qualifiche personali del fiduciario. È ovvio che il sentimento di fiducia sia proprio del paziente e alimentato dalla sua esperienza e conoscenza della persona nella previsione che questa possa utilmente affiancarlo e/o supportarlo. Non vi è neppure alcuna indicazione che preveda un ruolo del medico nel valutare le qualità del fiduciario. Nondimeno l'esperienza di attuazione della legge n. 219 è ricca di episodi che suggeriscono la necessità di promuovere un'adeguata formazione dei professionisti sanitari nella relazione con le persone di fiducia individuate dal paziente. La mancanza di una esplicita previsione di un ruolo affidato al medico, spettando al paziente sia la scelta in merito a sé e quali familiari o altre persone di fiducia coinvolgere sia la nomina del fiduciario, non esime il curante dal porre attenzione al fatto che il fiduciario sia persona che interagisca con modalità idonee a proteggere la salute, la dignità e la qualità di vita del paziente.

L'esperienza insegna che, nella relazione con la persona di fiducia, la presenza del medico non può essere limitata a fornire a questi "adeguate informazioni" ma debba farsi carico di essere al suo fianco, con sensibilità e discrezione, basate, anche in questa situazione, su un rapporto di fiducia che non può essere improvvisato. Saranno dunque necessari momenti di incontro per verificare se le richieste avanzate dai "familiari" e/o dal fiduciario (specie se, come talora accade, tra loro contraddittorie) siano davvero espressione di una scelta corrispondente all'interesse del loro congiunto e questo potrà avvenire anche ricorrendo a più colloqui.

Il realismo esige una osservazione: un rilevante ostacolo al concretizzarsi di tali incontri è troppo spesso rappresentato dalla grave carenza di tempo disponibile nel contesto delle strutture sanitarie pubbliche, che impedisce l'instaurarsi di un contatto personale che consenta al medico di pervenire ad una adeguata conoscenza non solo del fiduciario, ma talora anche dello stesso paziente (e non solo dei suoi sintomi) in grado di aprire la strada ad una reale fiducia condivisa. Si tratta di un profilo anche organizzativo particolarmente delicato, che rischia, se non adeguatamente affrontato, di pregiudicare l'effettività stessa delle previsioni e delle tutele di cui alla legge 219/17.

Qualora, da ultimo, sorgessero dubbi sulla capacità della persona indicata come fiduciario e/o sulla effettiva esistenza della relazione di fiducia, può essere opportuno approfondire la questione con il paziente, qualora questi sia ancora in grado di assumere decisioni consapevoli e, eventualmente, ricorrere al giudice tutelare. Nell'esperienza clinica situazioni consimili si sono verificate nel caso in cui, ad esempio, il paziente, richiesto di indicare la persona di fiducia, faceva generico riferimento a un esponente di un'organizzazione senza risultare in grado di riferirne neppure le generalità.

## 7. La fiducia come nuovo paradigma nella relazione di cura

La spinta alla realizzazione di relazioni di fiducia multiple promossa dalla legge n. 219 nasce in un contesto socio-culturale gravemente condizionato dalle carenze dell'assistenza sanitaria pubblica e dall'enfasi mediatica sulla malpractice medica. I contenuti della legge n. 219, pur essendo a tutti gli effetti parte del diritto positivo, si pongono dunque per certi versi come una sfida, come delle norme di indirizzo, indicando come, nonostante il difficile contesto, sia necessario, oltre che auspicabile, lavorare per la tutela della salute investendo sulla fiducia nella relazione fra i soggetti coinvolti nella relazione di cura.

La fiducia è un sentimento complesso che implica credibilità e sicurezza nella relazione. Si sostanzia nel credere che l'altra persona agirà in modo affidabile, onesto e nel migliore interesse di chi ha accordato la propria *fides*, oltretutto rispetto a valori, diritti e posizioni giuridiche di evidente e preminente delicatezza. La dinamica in questione si basa sull'idea che l'altra persona si comporterà coerentemente con le aspettative, i valori e gli accordi stabiliti. L'insieme del quadro implica e ad un tempo sottende che la fiducia non rappresenti una entità statica, ma vada mantenuta e rafforzata con un processo dinamico che richiede tempo, impegno, lealtà e rispetto reciproco.

La legge n. 219 postula la competenza del medico, del paziente, del fiduciario e dei familiari nel saper creare e mantenere questo rapporto di fiducia. Ma il medico sa meritarsi questa fiducia? Pazienti, familiari e fiduciario sono disposti ad accordarla al medico? La risposta a queste domande appare purtroppo, allo stato dell'arte, tendenzialmente negativa. Tutti i soggetti appena appena citati dovrebbero essere educati e formati alla fiducia reciproca: per imparare, il medico a sapersela meritare, gli altri ad accordarla consapevolmente, tutti a coltivare un ambiente di cura efficace e collaborativo.

Medici, pazienti e fiduciari possono trarre beneficio da programmi di educazione e da risorse informative e formative che promuovano la fiducia reciproca e migliorino la comprensione dei rispettivi ruoli e delle connesse responsabilità. L'educazione alla fiducia ha quale obiettivo la costruzione di persone che sappiano interagire ispirando il loro comportamento al rispetto delle seguenti regole:

- comunicazione aperta e trasparente: è fondamentale creare un ambiente in cui tutti possano esprimere le proprie preoccupazioni, dubbi e aspettative in modo aperto e onesto. Medico, paziente, familiari e fiduciario devono impegnarsi a comunicare in modo chiaro e comprensibile, evitando ambiguità e favorendo la condivisione di informazioni pertinenti;
- ascolto attivo: tutti devono dimostrare un ascolto attivo, mostrando interesse per le preoccupazioni e le esigenze degli altri. Questo comporta l'attenzione verso le preoccupazioni del paziente, rispettando le sue decisioni e coinvolgendo il fiduciario e i familiari nelle discussioni sulla cura;
- rispetto reciproco: è essenziale che tutte le parti coinvolte si rispettino a vicenda come individui e professionisti. Ciò include rispettare le aspirazioni del paziente e riconoscere l'expertise medica;
- condivisione di informazioni: medico, paziente, familiari e fiduciario dovrebbero impegnarsi a condividere le informazioni pertinenti sulla salute, le opzioni diagnostiche e terapeutiche e le possibili conseguenze. Questo aiuta a prendere decisioni informate e a coinvolgere tutte le parti interessate nel processo decisionale;
- trasparenza e sincerità: nel comunicare informazioni al paziente e nel promuovere una discussione realistica; il paziente deve sentirsi libero di esprimere le proprie preoccupazioni e porre domande per comprendere la propria condizione;
- empatia e umanità: i medici devono saper essere empatici nei confronti dei pazienti, riconoscendo le loro paure e preoccupazioni.

Un progetto di educazione alla salute, e di seria formazione del personale, ci sembra suscettibile di concreta realizzazione solo che esista la volontà di dare completa attuazione al comma 9° dell'art. 1 della legge n. 219: «Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.» Non si tratta, peraltro, di un mero auspicio o di una dichiarazione di intenti. Si tratta di un precetto normativo, che non può rimanere

negletto. E che dovrebbe segnare la strada verso la migliore e più compiuta realizzazione della dimensione relazionale della fiducia e della cura, per un futuro che si spera non troppo lontano.

*Essays*

