

PUNTO DI VISTA

## Presupposti bioetici di mancata aderenza Bioethical assumptions of non-adherence

Paolo Amodio<sup>1</sup>, Stefano De Riu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Studi Umanistici, Università Federico II, Napoli. <sup>2</sup> Servizio Diabetologia, ASL Napoli1.

Corresponding author: [essederiu@libero.it](mailto:essederiu@libero.it)

La non aderenza del paziente affetto da patologia cronica, in particolare da diabete mellito, alle raccomandazioni terapeutiche, costituisce un'importante causa di mancato raggiungimento dei target. Su questo tema l'OMS ha lanciato un allarme a tutti gli operatori sanitari invitandoli a considerare la non aderenza come la principale causa del fallito raggiungimento dell'obiettivo di cura<sup>(1)</sup>. Numerose sono le cause di mancata aderenza e tra le principali riconosciamo gli errori della comunicazione, la non accettazione della malattia, la mancanza di fiducia verso il curante.

Riteniamo tuttavia importante analizzare un altro fattore causale: quello legato al principio della beneficenza/benevolenza<sup>(2)</sup>. Congiunto al dovere di non arrecare danno o ingiustizia al malato (*primum non nocere*), questo monito ha guidato la prassi della medicina sin dalla sua nascita, costituendo l'obbligazione primaria dell'assistenza sanitaria. Quando si afferma che il medico nell'esercizio della sua professione agisce per il bene del paziente bisogna precisare cosa si intenda con il termine bene. Il medico, infatti, non è più chiamato ad agire esclusivamente sulla base della propria interpretazione del concetto di bene, ma si esige che egli prenda in considerazione e rispetti le volontà del malato e i valori che ne permeano la sua esistenza, dando così avvio a interazioni cliniche bidirezionali. È la crisi del modello paternalistico, forse utile nel contesto di malattie acute, ma non più adeguato nei nuovi scenari clinici, come quello della gestione del paziente cronico. Il principio di beneficenza/benevolenza del medico va applicato dunque esclusivamente a quelle condizioni in cui il paziente si trovi in una impossibilità decisionale? Ogni individuo vive con idee chiare circa il proprio obiettivo di bene che non necessariamente coincide con quello di altre persone, foss'anche il suo medico curante. Compito del diabetologo è quello di rispettare l'autonomia del paziente, i suoi obiettivi di cura, cercando di mediarli quanto più possibile con ciò che la sua scienza e sapienza gli suggerisce "per il bene del paziente"<sup>(3)</sup>.

### I presupposti etici e i rischi operativi

Quali allora i sentieri etici, e quale la frontiera? Come disporre e poi articolare il binomio Bioetica/Cura?



OPEN  
ACCESS



PEER-  
REVIEWED

**Citation** Amodio P, De Riu S. Presupposti bioetici di mancata aderenza. JAMD 27:75-77, 2024.

**DOI** 10.36171/jamd24.27.1.10

**Editor** Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

**Received** February, 2024

**Accepted** February, 2024

**Published** May, 2024

**Copyright** © 2024 S. De Riu. This is an open access article edited by [JAMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement** All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

**Funding** The Author received no specific funding for this work.

**Competing interest** The Author declares no competing interests.

Ora, la crisi del modello paternalistico non è solo il frutto di una rinnovata sensibilità del medico, ma si iscrive, *de facto*, nella radicale metamorfosi che ha subito la medicina nell'età della tecnologia, che è sì biotecnologia ma anche, contemporaneamente, informazione potenzialmente condivisibile a diversi livelli; non già solo sapienza tecnica dell'operatore sanitario, ma semplificazione e adozione di opportuni linguaggi e pratiche anche da parte del paziente.

Il "modello paziente" si è andato evolvendo nel tempo e, oggi, è più competente ed esigente.

Ogni alleanza terapeutica non può che costruirsi su questo riconoscimento reciproco, fatto sì di scienza e competenza ma di disponibile comunicabilità di un sapere non più esoterico.

Tuttavia, se vogliamo che la locuzione "alleanza terapeutica" assuma una pregnanza di senso, è necessario spostarsi da un livello pratico-operativo a un livello più squisitamente teoretico che il binomio Bioetica/Cura (quando si palesi sul piano dell'"alleanza terapeutica") impone.

Si tratta, cioè, di elaborare preliminarmente un accordo condiviso tra medico e paziente sulla nozione di "salute", non intesa come mero stato o fatto, bensì come "valore". Definire cosa sia in generale un *valore* in realtà è impossibile (già gli Stoici sostenevano, consapevoli del truismo, che «un *valore* è ciò che *vale*»); e tuttavia nella contrazione specifica che il gioco valore/salute presenta è possibile prospettare una definizione possibile: la "salute" andrebbe a configurarsi come la capacità e la possibilità di perseguire scopi vitali, e cioè l'attuazione e la realizzazione delle individuali predisposizioni fisiche e psichiche. In altre parole, non si tratta di fissare l'asticella della salute a una certa altezza e provvedere attraverso la cura a riportarla sempre allo stesso livello funzionale, quanto piuttosto di presupporre una libertà di scelta circa determinate prerogative di sviluppo vitale. Da un lato, dunque, resta ferma la "libera" condizione di salute del paziente (prima individuo e pur sempre individuo quando malato), dall'altro l'*expertise* sanitaria del medico curante (e di una *équipe* di accompagnamento psicologico, morale ed etico-sociale della malattia come "storia multi-culturale" del corpo e non come lacuna, anomalia o irregolarità). Il tutto, nella consapevolezza di un rischio sempre in agguato: che la "consulenza" medica, socio-sanitaria ed etica in genere, si

configuri quasi automaticamente come presunzione di "valore". Non si tratta solo – come spesso in ambito bioetico si è creduto, provocando l'impasse bioetica religiosa/bioetica laica – di contrapporre "sacralità" a "qualità" della vita né tanto meno di proporre un criterio di "inviolabilità" della vita o di "utilità" (individuale e sociale): in questo senso a una "metafisica della sacralità della vita come dono divino" si contrapporrebbe una "metafisica dell'utile" praticamente speculare per premessa ed effetti: in ogni caso si tratterebbe di un "monismo" etico. Ciò che sembra non reggere è proprio l'assunto stesso, dal momento che il monismo etico (qualunque esso sia) non corrisponde alla realtà attuale, ma anzi la distorce. La società italiana è sempre più secolarizzata e caratterizzata da un pluralismo etico: non è più abitata da "concittadini morali" che parlano un identico dialetto morale intendendosi all'istante, ma da "stranieri morali" che parlano lingue morali diverse.

## Il diabetologo, dunque

Trasformare problemi reali e quotidiani in astrazioni e statuti morali, per quanto legittimi, risulta pur sempre poco funzionale ai tempi delle malattie e degli interventi sanitari: certo, la persona malata, e questo vale tanto per il "cronico" quanto per l'"occasionale", non si rivolge al medico e alle strutture che lo accompagnano per iniziare un dibattito scolastico sulle ricadute etiche della condizione umana, sana o malata. Ora, però, nel caso della patologia diabetica, che è strettamente connessa all'incidenza degli stili di vita, in particolare nutrizionali, emerge con forza l'idea di un'etica della salute, almeno nella misura in cui l'errata alimentazione non si riferisce alla libera scelta di una dieta o a una trasgressione, ma alla non conoscenza e alla non valutazione dei modi di essere del corpo e dei suoi scopi vitali. È in fondo il senso della prevenzione, che è eticamente fondata quando avverte non solo dei rischi possibili ma prelude a un progetto di vita. Qui la "salute" non è il paradiso perduto da riconquistare o il danno da riscattare, è piuttosto il dialogo di un lo con il suo corpo e la sua psiche. In questo senso, il diabetologo può intervenire da buon alleato, con scienza, sapienza e attenzione, affinché il rischio del monismo

etico sia soppiantato dalla vocazione alla vita e dalla ricerca di salute nelle diverse sfumature che il paziente – per cultura e natura – è disposto a riconoscere.

Si può a questo punto parlare di una vera e propria sfida per la medicina: essa è chiamata contemporaneamente a mantenere il suo statuto ontologico e a modificarsi sulla base di esigenze provenienti da sé stessa o dal contesto storico-sociale in cui opera, evitando però una completa sostituzione dei fini con i suoi scopi.

## Bibliografia

1. Sabaté E (Ed). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2003.
2. Bellino F, Tom L. Beauchamp – James F. Childress: I Principi Della Bioetica E L'Utilitarismo, *Revue d'études benthamiennes* [En ligne], 18 | 2020. <https://doi.org/10.4000/etudes-benthamiennes.7898>.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, OUP 1979. Trad. it. *I principi di etica biomedica*, p. 259, *Le Lettere-Università* 11, 1999 (ristampa 2009).