

SARA TATTINI

Dottoranda in Ecologia dei sistemi culturali e istituzionali (curriculum Democrazia sostenibile e solidale: diritti, doveri e istituzioni) presso l'Università del Piemonte Orientale
sara.tattini@uniupo.it

LA TRIPLICE DIMENSIONE DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: CONSENSO INFORMATO, RELAZIONE INTERSOGGETTIVA E COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

ABSTRACT

La comunicazione tra il medico e il paziente costituisce un elemento chiave per assicurare la qualità dell'assistenza medica. L'instaurazione di un corretto dialogo può incrementare la soddisfazione del paziente, l'adesione al trattamento, così come la possibilità di prevenire gli errori medici. A seconda del momento storico e del contesto culturale, nel corso del tempo sono emerse numerose interpretazioni circa il rapporto che si instaura con riferimento alla diade medico-paziente. Non si intende qui ricostruire tale ampia tematica di storia della medicina, ma descrivere tre delle possibili declinazioni dell'attuale concetto di comunicazione medico-paziente: comunicazione come c.d. consenso informato, comunicazione quale relazione intersoggettiva e comunicazione interprofessionale.

PAROLE CHIAVE

Comunicazione medico-paziente, alleanza terapeutica, consenso informato, comunicazione interprofessionale.

ABSTRACT

The physician-patient communication is a key element in ensuring the quality of medical care. Establishing a proper dialogue can increase patient satisfaction, adherence to treatment, as well as the possibility of preventing medical errors. According to the historical moment and the cultural context, over time countless interpretations about the relationship between doctors and patients have emerged.

The purpose of this paper is not to depict that broad topic of medical history, but to describe three of the possible declinations of the current concept of doctor-patient communication: communication as so-called informed consent, communication as an intersubjective relationship, and interprofessional communication.

KEY WORDS

Physician-patient communication, therapeutic alliance, informed consent, interprofessional communication.

UNA DELLE QUALITÀ ESSENZIALI DEL MEDICO È L'INTERESSE PER L'UOMO, IN QUANTO IL SEGRETO DELLA CURA DEL PAZIENTE È AVERNE CURA. (PEABODY, 1927)



■ La relazione che lega il medico al paziente, alla luce dell'ampia accezione in cui nel tempo è stato progressivamente inteso il bene *salute*, è fonte di una serie di obblighi in capo al sanitario, in particolare di cura, protezione, ascolto, comunicazione e corretta informazione (Paesano, 2014).

È doveroso premettere che la comunicazione medico-paziente non riguarda solo il rapporto che si instaura tra paziente e medico curante, ma coinvolge anche tutto l'apparato di esercenti una professione sanitaria, che svolge un ruolo fondamentale nell'offrire una soddisfacente prestazione assistenziale. In particolare, essenziale è la figura dell'infermiere, che trascorre con il malato la maggior parte del tempo e che, giorno dopo giorno, nell'ambito di un rapporto continuativo con lo stesso, è in grado di condurre una relazione terapeutica di aiuto.

In virtù dell'evoluzione che ha interessato «concetti socio-normativi quali la salute, la qualità di vita, l'ascolto e la capacità di discernimento» (Paesano, 2014), nonché il costante e incessante progresso tecnico-scientifico in campo medico, si può affermare come la comunicazione e l'ascolto costituiscano elementi chiave per facilitare il raggiungimento della c.d. alleanza terapeutica e

assicurare la qualità dell'assistenza medica. L'instaurazione di un corretto dialogo è decisiva, infatti, per consentire al paziente una corretta rappresentazione delle proprie condizioni, in modo tale da incrementare la soddisfazione del paziente medesimo, l'adesione al trattamento, nonché la possibilità di prevenire gli errori medici.

La comunicazione «implica informazioni, ma va oltre l'informazione. Non è solo verbale, ma consiste altresì di un linguaggio universale di segni, gesti, oggetti. Essa si sviluppa oltre il tempo. Prende in considerazione tutte le variabili che, interagendo fra di loro, possono modificare la verità nel rapporto medico-paziente: il paziente, il *team* di cure, la famiglia, la società in tutta la sua interezza, la malattia e il suo decorso, le medicazioni. La comunicazione è creativa e mai risultato di imposizioni. La comunicazione rispetta ed esprime la verità» (Surbone, 1997).

La relazione medico-paziente, basata su una complessa dinamica interpersonale, viene tradizionalmente considerata di carattere asimmetrico, per l'influenza che il medico, in ragione del proprio patrimonio di conoscenze scientifico-professionali, esercita sul paziente e sulle decisioni di quest'ultimo.

A seconda del momento storico e del contesto



socio-culturale di riferimento, nel corso del tempo sono emerse varie interpretazioni circa il rapporto che si instaura tra medico-paziente.

Non si intende qui ricostruire tale ampia tematica di storia della medicina, bensì tentare di descrivere tre delle possibili declinazioni dell'attuale concetto di comunicazione medico-paziente: comunicazione come c.d. consenso informato, comunicazione quale relazione intersoggettiva e comunicazione interprofessionale.

Dal punto di vista normativo, il dialogo tra il medico e il paziente trova un espresso riconoscimento nel principio del c.d. consenso informato. Al fine di rendere partecipi i pazienti dei propri percorsi terapeutici e consentire loro l'esercizio del diritto all'autodeterminazione, il medico è tenuto a fornire al paziente le informazioni necessarie circa le sue condizioni di salute, nonché le alternative di trattamento disponibili.

Tale informativa deve risultare chiara e comprensibile, senza il ricorso a inutili tecnicismi che renderebbero eccessivamente difficoltoso, per il malato, il raggiungimento di un'adeguata e precisa consapevolezza del proprio *status*, con preclusione della possibilità di adottare le scelte

terapeutiche più opportune per la propria patologia.

La materia del consenso informato si interseca con il tema della comunicazione medico-paziente in quanto il momento di informazione non deve risolversi in un mero adempimento burocratico e deresponsabilizzante, ma coniugarsi con un'adeguata e umana comunicazione (Tripodina, 2004).

Occorre non sottovalutare le scelte e le modalità comunicative impiegate dal medico: alcune informazioni non solo sono in grado di accentuare indirettamente la sintomatologia del malato, ma anche di amplificarne lo stress psicosomatico, tanto da provocare dei veri e propri effetti collaterali di cui il medico deve essere pienamente consapevole per poter operare con serietà e professionalità.

Allo scopo di offrire una risposta e una sistemazione organica ad alcuni dei principali problemi in materia di relazione terapeutica, il legislatore è intervenuto con la legge n. 219 del 22 dicembre 2017, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Il provvedimento si apre, all'articolo 1 comma 1, con la consacrazione del principio del consenso informato, in base al quale «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge».

L'affermazione di tale principio ha consentito il superamento di quel tradizionale modello di relazione terapeutica, imperniata sul paternalismo, inteso come «rapporto asimmetrico di potere tra il paziente e il medico» (Rossi, 2012), in favore dell'instaurazione di una relazione paritaria e interpersonale fra il paziente e il personale sanitario.

Con l'introduzione della novella legislativa, risulta evidente una puntuale e precisa conferma di quanto già affermato, parecchi anni addietro, da parte della Corte Costituzionale, nella sentenza n. 438 del 2008, laddove il consenso informato venne definito quale «espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico» e dichiarato un vero e proprio diritto della persona, che trova il suo fondamento «nei principi espressi nell'articolo 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli ulteriori articoli 13 e 32, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile”, e [...] che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”».

Nelle parole della Consulta, il consenso informato avrebbe una «funzione di sintesi tra due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute».

Attraverso una corretta prospettazione delle condizioni del paziente, dei vari alternativi percorsi terapeutici percorribili, nonché dei possibili rischi e benefici delle opzioni di trattamento, il paziente dispone degli strumenti per poter adeguatamente e autonomamente valutare la terapia più adatta per sé, nell'ambito di un pieno esercizio dei propri diritti, costituzionalmente riconosciuti, all'autodeterminazione e alla salute. La relazione medico-paziente, tuttavia, non rimane – o non dovrebbe rimanere – circoscritta al mero ambito del consenso informato, ma deve tendere a raggiungere quella dimensione di reciproca fiducia idonea a favorire l'avvio del migliore percorso di cura e di cooperazione me-

dico-paziente (c.d. alleanza terapeutica). È qui che si innesta la seconda declinazione della comunicazione tra medico e paziente, incentrata sulla relazione intersoggettiva tra i due.

La malattia è un evento quasi inevitabile della vita e investe il soggetto in tutta la sua complessità psicosociale.

Al contempo, lo sviluppo del sapere e della tecnica medica ha condotto a un progressivo disinteresse per la soggettività del malato. In particolare, è possibile individuare tre direttrici che hanno portato a questa deriva (Guerra, 2021). Innanzitutto la disponibilità, da parte dei medici, di strumenti sempre più precisi in grado di sostituire la testimonianza del paziente circa il proprio reale stato di salute. In secondo luogo, il processo di matematizzazione dei dati emergenti dall'osservazione clinica, che produce l'effetto di ridurre ciascun paziente a un semplice *caso* all'interno di una più ampia *serie* in grado di offrire delle precise rappresentazioni degli andamenti delle patologie e degli effetti delle terapie. Infine, la standardizzazione delle procedure di intervento, che si scontra spesso con il problema della specificità del singolo caso clinico.

In considerazione della marginalizzazione della soggettività del paziente si assiste a una sempre più pressante richiesta di attenzione verso il malato in quanto *persona*, anche in considerazione del ruolo attivo che il paziente è chiamato a ricoprire durante il processo di cura.

Quello che il paziente chiede al personale sanitario altro non è che una maggior soggettivizzazione, una più attenta e approfondita analisi del singolo e del caso concreto, volta a valorizzare l'aspetto relazionale e a instaurare, così, una comunicazione efficace, preferendo al concetto di *cura* quello di *prendersi cura*.

Una comunicazione poco funzionale, nell'ambito della quale paure e pregiudizi del paziente rimangono inespressi, può portare a una scarsa adesione al trattamento e, di conseguenza, anche al fallimento del percorso terapeutico: proprio al fine di migliorare l'*adherence* al programma di cura è necessario sottolineare l'importanza di un maggior coinvolgimento del paziente, che preveda una «comunicazione bidirezionale medico-paziente e/o dei familiari del paziente, in caso di bambini, stabilendo un rapporto di condivisione» (Renzi et al., 2009).

Peraltro, poiché spesso il rapporto medico-paziente si interseca con le criticità tipiche dell'andamento del percorso diagnostico e terapeutico, si comprende come le risorse empatiche ed emotive del medico costituiscano un importante e imprescindibile strumento ausiliario, considerata soprattutto la particolare vulnerabilità dei destinatari. In tal senso, sarà necessario per il personale sanitario studiare e sperimentare modalità e tecniche comunicative differenziate in rapporto alle specifiche caratteristiche di ciascun paziente e/o dei suoi familiari. Tale esigenza diviene ancora più evidente laddove il paziente sia un minore: di fronte a un paziente pediatrico «il professionista è chiamato, in maniera esponenziale, ad un pieno controllo delle proprie emozioni, dei propri gesti e sguardi, oltre che delle parole» (Paesano, 2014).

L'obiettivo del medico, nella fase di diagnosi e somministrazione dei trattamenti sanitari, dovrebbe essere quello, dunque, di ottenere la fiducia del paziente – quella stessa fiducia che il medico medesimo ripone nella medicina – in modo da coinvolgere il malato, con la sua soggettività, all'interno del percorso terapeutico.

È significativo, in tal senso, come la stessa legge n. 219 del 2017, proprio all'art. 1, in materia di consenso informato, dedichi particolare rilievo al *tempo della comunicazione tra medico e paziente*, qualificandolo come vero e proprio *tempo di cura*: “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”. Il medico e, insieme a quest'ultimo, “tutti gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*equipe* sanitaria” (art. 1, c. 2, L. 219/2017), dovrebbero dedicare al paziente un tempo adeguato, senza presupporre o dare per certo ciò che il paziente è in grado di fornire in merito alla sua malattia: tali informazioni si rivelano preziose e, sovente, indispensabili alla migliore individuazione

ne del percorso diagnostico-terapeutico da intraprendere.

Durante il *tempo della comunicazione*, il personale sanitario, tramite l'ascolto e la sensibilità necessaria, può entrare intimamente a contatto con il paziente, dedicando spazio alla conoscenza delle sue abitudini, del suo stato psico-fisico e della rete di affetti in grado di supportarlo. L'accurata esposizione, da parte del paziente, del proprio stato di salute, consente una più rapida e precisa individuazione del programma di cure più confacente al caso concreto.

Il dialogo medico-paziente, momento cruciale nella creazione di un forte legame di fiducia tra i due soggetti, ha alla base uno scrupoloso e sensibile ascolto del malato, che deve prendere in considerazione l'età, la preparazione culturale, la vulnerabilità nonché la capacità di discernimento del paziente.

Solo attraverso la comunicazione con il paziente e l'attento ascolto delle sue esigenze il sanitario è in grado di costruire una relazione di fiducia e ottenere quelle informazioni utili all'elaborazione di un congruo e soddisfacente progetto di cura, che costituisce il contenuto della prestazione principale.

La storia clinica del malato, la vita sociale e professionale di quest'ultimo, così come anche le sue aspettative, influenzeranno il medico nella definizione del percorso terapeutico. La scelta medica, già di per sé delicata, non può essere, infatti, separata



dall'analisi della personalità del paziente unitariamente intesa.

L'espressione della comunicazione medico-paziente è l'elaborazione di un progetto condiviso di cura, che mira al raggiungimento, da parte del paziente, del massimo benessere: tale programma terapeutico sarà poi «tanto più efficace nel tempo quanto più verrà alimentato dalla condivisione, dalla collaborazione e da una comprensione reciproca. La *compliance* del paziente è garanzia di maggiore efficacia della cura, oltre che evidente segno di rispetto per la sua persona» (Paesano, 2014).

La qualità e la complessità del dialogo che si instaura tra il medico e il paziente risulta assolutamente determinante con riguardo alla qualità della prestazione assistenziale offerta (Kasimseva et al., 2019). Di conseguenza, la comunicazione sanitaria dovrebbe essere considerata non tanto un «valore aggiunto» delle strutture sanitarie, quanto piuttosto una «risorsa strategica» volta a incrementarne il pregio (Palma et al., 2019).

La terza declinazione della comunicazione medico-paziente da prendere in considerazione riguarda la dimensione interprofessionale.

Il medico non è l'unico professionista coinvolto nel percorso di cura e, pertanto, si rivela necessario un corretto coordinamento di tutti gli operatori sanitari che partecipano al percorso terapeutico intrapreso dal paziente.

Ciò che caratterizza l'assistenza sanitaria è l'instaurarsi di relazioni collaborative non solo tra gli operatori, i pazienti e le famiglie di questi, ma anche – e soprattutto – tra i professionisti medesimi, in quanto non sussiste una singola disciplina o specializzazione che, isolata, sia in grado di rispondere alle esigenze di salute di un individuo. Invero, «la varietà dei fattori che influenzano lo stato di salute delle persone, la crescente complessità degli interventi sanitari e la maggiore prevalenza di patologie croniche, articolate e multiple [...] richiedono l'intervento di professionisti capaci di lavorare insieme in maniera comprensiva e dinamica. La combinazione delle conoscenze e delle capacità tecniche e relazionali peculiari di ogni disciplina sanitaria rappresenta oggi il più efficace meccanismo di raggiungimento degli obiettivi assistenziali» (Simeoni et al. 2009).

Spesso alcuni professionisti, soprattutto in ragione del tipo di specializzazione o per lo scarso tempo di effettiva presenza in reparto, subordinano l'aspetto olistico della persona alla patologia, comprimendo, così, allo stretto indispensabile lo scambio di informazioni: di qui la nascita di incomprensioni e contrasti tali da divenire sempre meno risolvibili (Pilotto et al., 2001).

Le conseguenze di un disfunzionale rapporto interprofessionale si riverberano inevitabilmente sulla qualità complessiva della prestazione assistenziale nei confronti del paziente, in quanto se i dati che gli operatori condividono tra loro generano fraintendimenti e conflitti, non è possibile ritenere che, al contrario, al paziente saranno fornite, da quegli stessi professionisti, informazioni chiare ed esaustive.

Una comunicazione interprofessionale efficiente diviene essenziale, peraltro, nel percorso terapeutico il paziente avrà la possibilità di elaborare le informazioni ricevute attraverso il confronto con più figure di riferimento, ognuna con una diversa e specifica professionalità.

La comunicazione interprofessionale acquista un rilievo fondamentale soprattutto nell'ambito dell'attività medica di *equipe*, gruppo di lavoro multidisciplinare formato da una molteplicità di operatori, che lavorano insieme in base a un progetto riabilitativo riferito a un singolo paziente.

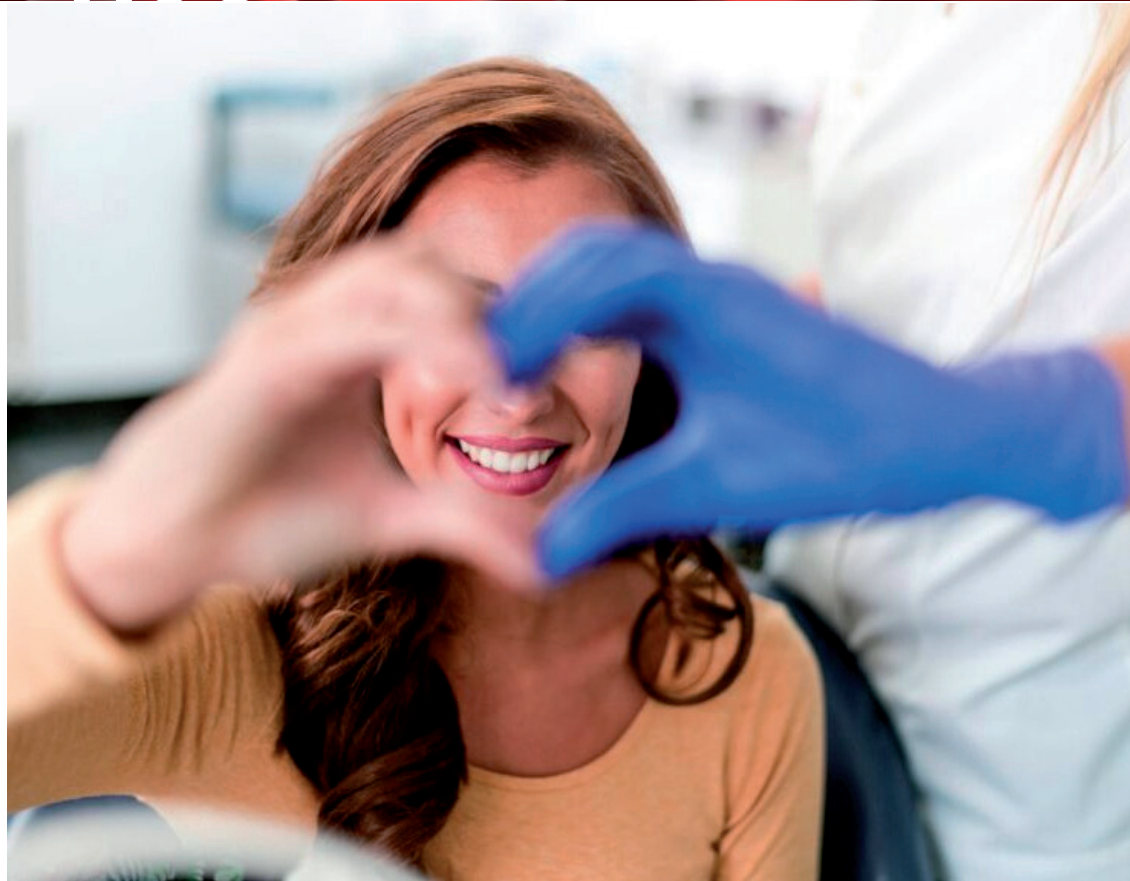
Giova evidenziare come su ciascun componente dell'*equipe* medica gravi innanzitutto un obbligo di diligenza, che concerne tanto le specifiche mansioni a lui affidate, quanto il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio.

Quello che più interessa in questa sede, tuttavia, è il dovere in capo ai singoli membri dell'*equipe* di portare a conoscenza degli altri operatori tutto ciò che siano venuti a sapere sulle patologie del paziente e che, se comunicato, può incidere sull'orientamento di tutti.

Ogni informazione omessa, taciuta o male trasmessa ai collaboratori è in grado di influenzare l'intero programma terapeutico in atto e deviarne la direzione, portando il singolo professionista ad adottare decisioni non perfettamente adeguate alla specificità del caso concreto e molto diverse da quelle che avrebbe più opportunamente scelto se correttamente informato sulla

storia clinica, patologica e/o sintomatologica del paziente.

Risulta, quindi, evidente come un corretto dialogo tra professionisti sia non solo funzionale al corretto svolgimento della prestazione e a una migliore comprensione, da parte del paziente, del patrimonio di informazioni ricevute, ma altresì cruciale per prevenire ed evitare errori medici e assicurare, così, il benessere del paziente, offrendo a quest'ultimo adeguata tutela del suo diritto alla salute.



■ CONCLUSIONI

Da un punto di vista squisitamente terminologico, comunicare significa portare a conoscenza di qualcuno fatti e preziose informazioni; ciò dunque, implica uno scambio di informazioni attraverso un confronto non necessariamente verbale (Borella, 2004).

Le riflessioni svolte nel presente contributo rendono chiaro il ruolo centrale che la comunicazione medico-paziente, nella sua triplice dimensione di consenso informato, relazione intersoggettiva e collaborazione interprofessionale, riveste in ambito sanitario, soprattutto alla luce della crescente ricerca e richiesta di qualità, da parte del cittadino, con riferimento alle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture sanitarie.

La comunicazione medico-sanitaria, unitamente alle tradizionali attività di prevenzione, cura e riabilitazione, viene attualmente considerata il quarto livello di attività delle Aziende Sanitarie e non un semplice strumento complementare, bensì momento essenziale e determinante per l'efficienza, l'efficacia e la qualità degli altri livelli menzionati (Palma et al., 2019).

Di fronte a un paziente che appare sempre di più assumere il ruolo di *cliente* delle strutture

ospedaliere (Pilotto et al., 2001), non deve essere sottostimata l'importanza di un'efficace ed efficiente relazione comunicativa non solo tra medico e paziente, ma anche e soprattutto tra singoli professionisti coinvolti nel programma di cura, in quanto strettamente correlata alla qualità del servizio percepita dall'utente.

In tale ottica, assumono particolare rilevanza le considerazioni di chi ritiene che la principale prerogativa della formazione medica dovrebbe essere quella di educare i medici all'empatia e alla sensibilità, in modo da formare professionisti dotati di particolari capacità relazionali con i pazienti e progressivamente superare, così, quella tipica dicotomia intercorrente tra l'apprendimento intellettuale, da una parte, e l'incontro con la realtà concreta, dall'altra, entrambi elementi propri della formazione e della ricerca medico-scientifica (Klitzman, 2006).

La comunicazione che si instaura tra medico e paziente non può - e non deve - risolversi in uno sterile scambio di informazioni in forma dialogica, circoscritto ai termini diagnostici e terapeutici (Groopman, 2006). Al contrario, si profila doveroso «riappropriarsi in modo opportuno di un'equa relazionalità e comunicazione verso l'altro che si

possa qualificare globale, ossia, gestuale e verbale» e, in particolare, occorre «non sottovalutare il vissuto del medesimo paziente le sue contrastanti emozioni, le legittime paure, il senso dell'angoscia che determina, ancora di più, un tangibile vagabondare nel buio della gracilità, instabilità e caducità umana» (Spagnolo et al., 2008).

In conclusione, al netto dei mutamenti tecnologici, sociali e culturali che nel tempo inevitabilmente e incessantemente si susseguono, l'auspicio è quello di raggiungere - o, nel caso, mantenere - un modello di alleanza terapeutica che rispecchi il significato proprio del concetto di *alleanza*, che «tiene uniti medico e paziente nella ricerca, insieme, di ciò che è meglio» (Tripodina, 2012), imperniato su una relazione di tipo intersoggettivo ed segnato «da una feconda reciprocità dialogico-fiduciaria» resa tale dall'ascolto e rispetto reciproco (Spagnolo et al., 2008).

■ BIBLIOGRAFIA

- I. Borella, V. M. (2004), *La comunicazione medico/sanitaria. Le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale e di Pronto Soccorso*. Milano: FrancoAngeli.
- II. Groopman, J. (2006), *The anatomy of hope. How people prevail in the face of illness*, New York: Random House.
- III. Guerra, G. (2021), *La relazione medico paziente: dialogo tra psicologia e medicina sull'adattamento*. Ricerche di Psicologia, 44, 138-151.
- IV. Klitzman, R. (2006), *Improving education on doctor-patient relationships and communication: lessons from doctors who become patients*. Academic Medicine, 81 (5), 415-418.
- V. Kasimtseva, L., Kiseleva, L. and Dzhabraïlova, S. (2019), *Doctor-patient communication as a linguistic model*. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 331.
- VI. Paesano, G. (2014), *Il consenso informato del paziente minore di età*. Key Editore.
- VII. Palma, S. and Sidoti, E. (2019), *La comunicazione nei processi di cura*. Albanesi, C. and Boniforti D. and Novara, C. (a cura di), *Comunità imperfette. Dalle dinamiche disgregative al decision making comunitario*, 128-132.
- VIII. Peabody, F. W. (1927), *The care of the patient*. Cambridge: Harvard University Press.
- IX. Pilotto, F. and Corso, M. (2001), *La qualità nella comunicazione medico-infermiere*. Difesa Sociale, 4.
- X. Renzi, C. and Goss, C. and Mosconi, P. (2009), *L'importanza della partecipazione dei pazienti e delle famiglie per ottimizzare l'adesione alla terapia e gli esiti di salute*. Rivista di Immunologia e Allergologia pediatrica, 5.
- XI. Rossi, S. (2012), *Consenso informato (II)*, Digesto delle discipline privatistiche, sezione civile, Appendice di aggiornamento VII, Utet, Torino, 177.
- XII. Simeoni, I. and De Santi, A. M. (2009), *Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari*. Torino: SEEd.
- XIII. Spagnolo, A. G. and Caloiro, G. (2008), *Comunicazione e relazione medico-paziente nella organizzazione sanitaria*. Tendenze nuove, 2, 249-276.
- XIV. Surbone, A. and Zwitter, M. (1997), *Communication with the cancer patient: Information and truth*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- XV. Tripodina, C. (2004), *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*. Napoli: Jovene.
- XVI. Tripodina, C. (2012) *Nascere e morire tra diritto politico e diritto giurisprudenziale*, Cavino, M. and Tripodina, C. (a cura di), *La tutela dei diritti fondamentali tra diritto politico e diritto giurisprudenziale: "casi difficili" alla prova*, Giuffrè, 42-82.

■ SITOGRAFIA

- I. <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2008&numero=438> 23.05.2023, h. 10:35.