



L'etica professionale del medico: brevi riflessioni¹

La fidezza, intesa come «l'essere fidato», cioè essere sia una persona «che merita e ottiene piena fiducia (per la sua sincerità e probità, per la fedeltà con cui mantiene le promesse, per la scrupolosità con cui custodisce i segreti)», sia una persona «che ispira fiducia (per la sua dottrina e le sue capacità, per la saggezza dei suoi consigli, per la diligenza del suo servizio)» (Salvatore Battaglia, UTET, Torino, 1968), è una virtù fondamentale nelle relazioni umane. Essa favorisce l'unità e l'armonia, facilita i rapporti di tutti i generi, è indispensabile nella vita sociale, politica ed economica. Tanto più dunque lo è nella vita dei medici, le persone cui si affida quel preziosissimo bene che è la salute umana. La fidezza è la base dell'etica professionale del medico. Il medico deve essere soprattutto una persona alla quale i pazienti possano affidarsi. Questo criterio sembra ispirare la maggior parte dei codici deontologici medici redatti dalla maggior parte degli Stati del mondo. Qui ci limiteremo ad alcune considerazioni personali molto generiche.

Per essere una persona alla quale i pazienti possano affidare fiduciosamente la propria salute, un medico deve rispondere a tre requisiti fondamentali. Il primo requisito è che egli sia scientificamente e tecnicamente ben preparato. Dal primo giorno che dedica agli studi professionali, egli dovrà sforzarsi di acquisire, presso un'istituzione universitaria riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale, tutte quelle nozioni e competenze che gli consentano di svolgere bene il proprio lavoro. E, data la rapidità con cui la medicina cresce nelle sue capacità, questo suo impegno dovrà proseguire per tutta la vita. Egli dovrà pertanto costantemente utilizzare tutte le facilitazioni per il suo aggiornamento che la comunità scientifica mette a sua disposizione. Il medico fidato si terrà sempre aggiornato sui recenti progressi della medicina, per essere in grado di offrire ai propri pazienti il meglio che la scienza medica offre in quel momento. Inoltre, data l'ampia diffusione delle specializzazioni nell'ambito della medicina, nessun medico sarà in grado di offrire ai propri

¹ Pubblicato in *Medicum* (Revistë për mjekë të përgjithshëm dhe të familjes. Nën patronazhin e Shoqatës shqiptare të hipertensionit), Tirana, Albania, 2013- , vol. 1, n. 1 (2013), pp. 58-62 (trad. dottoressa Jonida Laze).

pazienti qualunque tipo di cura. Sarà dunque importante che egli si tenga aggiornato anche sui più recenti sviluppi della medicina nella sua città, nella sua regione e nel suo Paese. Potrà in questo modo indirizzare i propri pazienti verso i colleghi e le strutture sanitarie più competenti, quando egli non sia in grado di aiutarli di persona.

Il secondo requisito è che egli anteponga l'interesse dei pazienti a qualunque altra considerazione, secondo i criteri dell'imperativo categorico al quale Immanuel Kant dette esplicita formulazione oltre due secoli fa: «Agisci in modo da trattare l'umanità, tanto nella tua persona quanto nella persona di ogni altro, sempre nello stesso tempo come un fine, e mai unicamente come un mezzo» (Riga, 1785). Per questo egli si porrà generosamente al servizio dei suoi pazienti, offrendo loro il meglio di cui dispone: la propria competenza professionale e la propria impeccabile etica, senza mai porre i propri interessi al di sopra dei loro, sforzandosi sempre di fare quanto il codice deontologico medico gli prescrive, «perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza», e ispirando a questi scopi «con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni... [suo] atto professionale», senza mai «soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura» (Codice di deontologia medica italiano, 2006).

Questi primi due requisiti sono come una base granitica sulla quale potrà solidamente fondarsi la vita professionale di un medico. Da un lato l'aspetto tecnico-professionale, dall'altro l'aspetto etico. I due devono procedere di pari passo. Il buon medico deve soddisfarli entrambi. La sola competenza tecnico-professionale non fa del medico un buon medico, perché il medico più competente può facilmente cadere nella trappola dell'anteporre i propri interessi a quelli dei pazienti e quindi di usare i pazienti come un mezzo per perseguire i propri fini egoistici, dimenticandosi dell'imperativo categorico di vedere i pazienti sempre e solo come un fine. Potrebbe dunque facilmente diventare ingiusto con i suoi pazienti, pretendendo compensi esosi, che possono solo aggiungere sulle loro spalle l'onere di un assillo economico ad aggravare la preoccupazione per la cattiva salute. Potrebbe suggerire interventi chirurgici non indispensabili, tanto per migliorare la propria casistica operatoria. Potrebbe anche privilegiare un tipo di terapia medica, la cui prescrizione possa portargli un vantaggio personale, a discapito di un'altra più vantaggiosa per il paziente, ma non per lui. In questo ambito potrebbe anche essere tentato ad abbandonarsi a inutili accanimenti terapeutici. Potrebbe concentrare la propria attenzione sui pazienti più

abbienti, dai quali potrebbe ricevere più proficui riconoscimenti, a danno di quelli più poveri, che non sono in grado di offrirgli molto più che la loro gratitudine. Potrebbe, sia pur inconsapevolmente, penalizzare alcuni pazienti, a causa dei propri pregiudizi, dimenticandosi che il codice deontologico gli chiede «di curare tutti i... pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi... [gli] ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica» (Codice di deontologia medica italiano, 2006).

Altre insidie morali costellano la strada del medico. Un'insidia molto sottile è quella di condizionare le proprie scelte a ideologie estranee alla «scienza» e, soprattutto, diverse dalle idee del paziente. In questo ambito l'idea della deontologia medica ha subito grandi cambiamenti nel corso del XX secolo. Fino agli anni Cinquanta ha prevalso in Occidente l'idea del medico «buon padre di famiglia» (vedi Codice civile italiano, art. 1176, c. 1) che assume interamente su di sé la responsabilità della condotta terapeutica. Nella seconda metà del XX secolo, migliorate le condizioni socio-economiche e aumentato il desiderio di autonomia decisionale dei pazienti, si è andato facendo strada il concetto del «consenso informato», inteso come «l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in maniera libera, e non mediata dai familiari, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche» (Eolo Giovanni Parodi e coll., 2008). Si è così giunti alla formulazione della Carta dei diritti del paziente (*Patient's Bill of Rights*), approvata dall'American Hospital Association nel 1973 e poi diffusa in tutto il mondo. Medici e pazienti hanno sentito la necessità di condividere le responsabilità della scelta. Il medico è oggi dunque tenuto a informare circostanziatamente il paziente sulle caratteristiche delle sue patologie, sulle possibili alternative terapeutiche, sugli eventuali effetti collaterali delle terapie mediche e chirurgiche, in modo che egli possa prendere la decisione di adottare una terapia nel modo più autonomo e consapevole possibile e, se del caso, senza andare contro le proprie convinzioni e credenze personali.

Si tratti di acquisire competenze tecnico-scientifiche o di adottare un comportamento etico di altissimo livello, la personalità del paziente ha sempre un'importanza preponderante ai fini dell'etica professionale. E pertanto l'etica professionale del medico impone che egli dedichi alla costruzione delle proprie capacità etiche e spirituali almeno tanto impegno quanto quello che dedica alla costruzione delle proprie capacità tecnico-scientifiche. Da quanto si è brevemente detto sugli aspetti

etico-umanitari della vita del medico è evidente infatti che ciò che egli è in grado di realizzare nell'ambito etico dipende soprattutto da ciò che egli è, piuttosto che da ciò che sa. E dunque massima cura dovrà egli dedicare a quello che possiamo chiamare il proprio sviluppo spirituale, intendendolo come «sviluppo completo, adeguato, giusto e armonioso delle capacità spirituali» (William S. Hatcher, Ottawa, 1982), ossia le capacità di conoscere, amare e volere, tipiche degli esseri umani, con tutte le qualità di cui essi dispongono per una loro adeguata, giusta e armoniosa esplicazione. Se consideriamo l'ambito della facoltà della conoscenza, un buon medico dovrebbe sviluppare la consapevolezza, la sapienza, la saggezza, l'eloquenza, la giustizia, l'equità, l'onestà. Se consideriamo l'ambito dell'amore, egli dovrebbe mostrare carità, benevolenza, abnegazione, cortesia, gentilezza, premura affettuosa, bontà, pazienza, tolleranza, compassione, misericordia e inoltre fratellanza, amicizia, rispetto, concordia, fidatezza, onestà, sincerità, veridicità, equità, giustizia, fedeltà, lealtà, integrità, rettitudine, franchezza, umiltà, mansuetudine, gioia e radiosità. Se consideriamo l'ambito della volontà, il medico dovrebbe essere esempio di tranquillità, moderazione, temperanza, libertà, risolutezza, fermezza, forza d'animo, diligenza, perseveranza, pazienza, sopportazione, gratitudine anche nelle tribolazioni, spirito di sacrificio e coraggio.

Possiamo dunque aggiungere l'umanità del medico intesa come «disposizione d'animo benevola, disponibile, soccorrevole, aperta alle esigenze, alle debolezze umane» (Salvatore Battaglia, Torino, 2002), come terzo, importantissimo, requisito che, accanto ai primi due della competenza tecnico scientifica e di un nobile comportamento etico, completa l'immagine del buon medico, al quale ogni paziente affiderà volentieri la propria salute. Pertanto nel XXI secolo, quando l'autonomia decisionale è elencata fra i beni supremi cui aspirare nell'ambito morale, egli non sarà più il «buon padre di famiglia», con le sue inevitabili connotazioni di paternalismo, inteso come «atteggiamento o comportamento improntato a benevola protezione e condiscendenza . . . da parte di qualcuno verso chi è gerarchicamente inferiore, o più giovane e simili» (Treccani on line), oggi giustamente superato. Si porrà invece accanto ai suoi pazienti alla luce del principio dell'unità del genere umano e della «funzione tutelare» (Bahá'í International Community, marzo 1995) che questo principio comporta: «poiché il genere umano è un corpo unico e indivisibile, ogni membro della razza umana viene al mondo come pegno affidato alle cure della collettività. Questo rapporto fra individuo e collettività costituisce la base morale della maggior

parte dei diritti umani» (Bahá'í International Community, ottobre 1995). Il buon medico si sentirà depositario di questa funzione tutelare in nome della collettività nei confronti dei propri pazienti, in ciascuno dei quali vedrà dunque un fratello da accompagnare nel suo sforzo di recuperare o preservare la propria salute.

La moderna comunità scientifica sembra privilegiare nell'ambito della medicina l'acquisizione tecnico-scientifica rispetto alle componenti etica, umana e spirituale, tanto che la maggior parte delle università dedicano alla deontologia e agli aspetti del rapporto umano fra i medici e i pazienti corsi complementari. Forse anche per questo alcuni medici, pur noti per le loro encomiabili capacità tecnico-scientifiche, dimenticano poi i dettami dell'etica professionale, dell'umanità e della spiritualità, abusano dei pazienti e si rendono responsabili di episodi di «mala sanità», ossia di «fatti di cronaca che costituiscono esempi tipici di uno stato di disservizio nel funzionamento delle strutture pubbliche e degli organi sanitari cui è istituzionalmente affidato il compito di provvedere alla salute dei cittadini» (Treccani on line). Alcuni pazienti, spaventati da questi episodi, spesso esagerati da una stampa che tende a privilegiare il sensazionale, si allontanano dal porto sicuro della medicina scientifica, uno dei più bei frutti della moderna civiltà occidentale, per seguire le lusinghe di medici che spesso non sono altro che moderni ciarlatani. Costoro, come i loro antichi predecessori attirano «nella piazza... con le chiacchiere la gente spacciando rimedi vantati come miracolosi», mentre in realtà cercano solo «di ottenere vantaggi ingannando la credulità della gente con abili chiacchiere» (Salvatore Battaglia, UTET, Torino, 1964). Il medico che si macchia di «mala sanità» è dunque doppiamente colpevole: verso il paziente di cui egli abusa e verso la comunità scientifica, sulla quale getta discredito incoraggiando persone profane ad allontanarsene. Il medico dunque dovrà fare tutto il possibile per tenere alto il buon nome della comunità scientifica cui appartiene, ricordando che

l'umanità è entrata in un'era nella quale l'interazione fra le scienze fisiche – fisica, chimica e biologia, nonché la nascente scienza dell'ecologia – hanno dischiuso entusiasmanti possibilità per il miglioramento della vita. I benefici in aree di interesse così vitali come l'agricoltura e la medicina sono divenute spettacolarmente evidenti come quelli realizzati con il successo nello sfruttamento di nuove fonti di energia. (Bahá'í International Community, 1999)

Dio non voglia che il prestigio della comunità scientifica debba essere sminuito proprio da coloro che ne dovrebbero essere i più illustri esponenti e i più ardenti sostenitori.

Questi tre requisiti sembrano poter essere accettabili per tutti i medici, sia coloro che prediligono il modello contrattualistico impersonale del medico filosofo statunitense Hugo Tristram Engelhardt (Oxford, 1996), con il suo maggiore accento sul principio di autonomia rispetto a quello di beneficenza; sia per coloro che preferiscono il modello utilitaristico di Henry Sidgwick, sostenendo il concetto che «la norma che impone di promuovere il bene più grande è la regola suprema» (Londra, 1874); sia coloro che scelgono l'alleanza terapeutica di tipo paternalistico degli studiosi statunitensi Edmund D. Pellegrino e David C. Thomasma (New York, 1981), animati dal desiderio di fare non solo il bene fisico del paziente, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, valorizzando l'autonomia e il reciproco senso di fiducia tra medico e paziente; sia coloro che seguono il modello di Robert M. Veatch della Georgetown University (Bloomington, 1991) e che intendono instaurare un rapporto contrattualistico col paziente che si basi sui cinque punti fondamentali dell'autonomia, della giustizia, del mantenere le promesse, del dire la verità e del non uccidere. Questi requisiti sono sempre stati auspicati anche in tempi ormai molto lontani. Risuonano ancora attuali alcune delle parole dell'antico giuramento ippocratico (IV secolo a.C. circa), che per lunghi secoli ha legato i medici all'espletamento della loro impegnativa professione:

Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa... Conserverò pia e pura la mia vita e la mia arte. Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò il posto a chi è esperto di questa pratica. In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati, astenendomi ad ogni offesa e da ogni danno volontario, e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi. Tutto ciò ch'io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, o anche al di fuori della professione nei miei contatti con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò considerando la cosa segreta. Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei frutti della vita e dell'arte, stimato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spergiurerò, possa toccarmi tutto il contrario.