

Francesco Sgambato,  
Sergio Prozzo

Divisione di Medicina Interna  
Ospedal "Sacro Cuore di Gesù"  
Fatebenefratelli - Benevento

## Il medico e la bioetica clinica

### Introduzione

Quando è cominciato il dibattito bioetico nel mondo, per molti di noi medici è stato come subire un pugno nello stomaco.

Scoprire che i "bioeticisti" e l'opinione pubblica non ci riconoscevano più il principio di beneficalità (e/o quello di non maleficienza) fu sicuramente un trauma.

A dire il vero, fino allora, non sapevamo neppure che cosa fosse il principio di beneficalità, ma ritenevamo assodato che mai qualcuno potesse mettere in discussione la buona fede delle nostre azioni nel rapporto con i nostri pazienti.

Ci sentivamo protetti psicologicamente dal nostro aderire convinti al giuramento di Ippocrate ed al codice deontologico, forti anche dell'insegnamento dei nostri Maestri che, in ogni occasione, in ospedale, in ambulatorio o a casa dei malati, ci ricordavano i nostri "doveri" (la cosiddetta "scuola" che non si occupava solo degli aspetti tecnico-scientifici).

A dire il vero, mai durante il nostro corso universitario c'era stata fatta una lezione ufficiale di etica, ma i concetti fondamentali erano tramandati, sul campo, dagli anziani ai giovani.

Il primo richiamo ufficiale alla "pericolosità" della nostra professione (per quanto mi riguarda, se non ricordo male) può farsi risalire alla prima lezione del corso di farmacologia, quando il prof. Donatelli ci sottolineò l'importanza dell'antico aforisma ipocratico: "Primum non nocere" che era anche scritto in corsivo nella introduzione del suo famoso trattato di farmacologia, su cui si sono formate molte generazioni di medici (1).

Successivamente i vari grandi temi bioetici (rapporto con i pazienti, eutanasia, aborto, consenso informato, etc...) venivano toccati occasionalmente durante le lezioni universitarie, ma sempre fuggacemente e senza una trattazione organica sistematica. Si può dire che la nostra formazione, in tal senso bioetico, sia avvenuta maggiormente attraverso le letture dei romanzi e l'ascolto delle trasmissioni televisive, aventi per tema l'ambiente sanitario e la vita di malati, medici e infermieri (Cronin, Munthe, etc), piuttosto che in corsi ufficiali.

Ricordo che una delle frasi di uno dei miei maestri ospedalieri, che più mi aveva colpito e che, per tale motivo, più spesso io stesso ripeto ai giovani frequentatori nella mia Divisione, fu la seguente: "Prima di ogni decisione medica ponetevi la domanda: che co-

sa farei a mia madre od ai miei figli” (a seconda dell’età e del sesso del paziente interessato in quella occasione). Questo, a giudizio di molti di noi, può tagliare la testa al toro, in molte occasioni di scelte difficili.

Molto istruttiva, poi, e foriera di letture interessanti dal punto di vista formativo (etico e non) fu una intervista rilasciata dal prof. Luigi Condorelli, il quale affermava: “Non si può fare il medico senza aver letto “La storia di S. Michele” di Axel Munthe (2), “Il malato immaginario” di Moliere (3) ed il “Dilemma del dottore” di Bernard Shaw (4). La mia susseguente ricerca libraria fu immediata e non fu difficile procurarsi i primi due libri che divorai in pochi giorni, con indiscutibile grande arricchimento umano e professionale, di cui fui sempre idealmente grato al prof. Condorelli.

Non altrettanta riconoscenza provai per il terzo libro (B. Shaw), che, tra l’altro, non era più in vendita e la cui ricerca mi costò parecchio tempo e denaro. La delusione fu dettata sicuramente dal fatto che, in esso, la figura del medico ne usciva notevolmente compromessa; e questo fatto, ovviamente, mi creava irritazione perché metteva in discussione il modello ideale cui avevo sempre fatto riferimento.

Per la prima volta, in quel libro, nell’“Introduzione” sui dottori, trovavo frasi come le seguenti, irritanti per noi medici, e che istintivamente apparivano ingiuriose: “E più la mutilazione è spaventosa, più il mutilatore è pagato”, “Può anche essere necessario impiccare un uomo o demolire una casa, ma ci guardiamo bene

dal farne giudicare la necessità al boia o al demolitore”, “La professione medica non ha elevate caratteristiche: ha caratteristiche infami”, “Quanto all’onore e alla coscienza dei medici, essi ne sono provvisti quanto qualsiasi altra categoria di uomini, né più né meno”, “I dottori sono proprio come gli altri inglesi: per la maggior parte essi non hanno onore né coscienza”.

Furono quelle letture, ed in particolare la terza, ad iniziare il “mio dibattito bioetico interiore”, in una continua autocritica nell’analizzare i miei successivi comportamenti.

Conclusi così che, se Frugoni diceva: “Il medico è uno studente a vita”, sicuramente si poteva aggiungere: “e deve essere un auto-critico a vita”.

### **L’atteggiamento del medico**

Nella espansione della bioetica clinica un elemento negativo è che il medico, talvolta, ha intravisto una indebita intrusione di elementi estranei nel suo territorio o nello spazio aereo riservato del rapporto medico paziente (5, 6, 7).

E’ classico l’atteggiamento, già descritto, del cosiddetto invito a “non parlare al guidatore” anche se la bioetica “non può non essere intesa” in senso interdisciplinare, in quanto confluiscono in essa gli argomenti più vari provenienti dalla clinica, dalla ricerca, dall’ingegneria genetica, dal mondo della riproduzione artificiale, dal dibattito sull’accanimento terapeutico, sull’eutanasia, sui trapianti d’organo, sull’inizio della vita, sull’aborto, ecc.



In quest'area interdisciplinare possono e devono convergere, volendo o nolendo: clinici, sperimentatori, tecnici di varie discipline, giuristi, teologi, sociologi, teorici della medicina, filosofi della scienza e filosofi di problemi etici, etc. (5)

Nello stesso tempo, troppi, senza competenza e senza assumerne la responsabilità diretta, vogliono "intervenire nella guida" e decidere anch'essi dove andare e quali strade prendere nel rapporto medico paziente: i tecnici delle immagini, i laboratoristi, gli scienziati di base, gli esperti molecolari, i "trialisti", gli esperti di medicina sociale ed ora, anche, in alcune aree mediche, gli "eticisti clinici" (7).

Al medico clinico tutto ciò non deve ingenerare fastidio: egli non deve vederlo come una indebita ingerenza; egli deve ascoltare anche il superfluo; non a caso ci hanno insegnato che "l'ascoltazione viene prima dell'auscultazione", e che "bisogna lasciar parlare più che parlare"; la formazione deve esser indirizzata alla valorizzazione del dialogo ed alla comunicazione reciproca.

E' vero quello che diceva Marcel Proust che "i medici sono suscettibili", ma la bravura e la maturità devono tendere a far perdere tale suscettibilità; certo, sarebbe auspicabile discutere con persone competenti o che mostrassero di voler realmente approfondire i problemi, non con persone che, avendo letto l'ultimo articolo o l'unica voce sull'ultimo dizionario medico, ritengono di capirne abbastanza per poter contestare, con saccenza, un orientamento diagnostico o terapeutico. Ma a questo comu-

ne atteggiamento, ormai quotidiano, siamo abituati, e ci viene ricordato di sapervi far fronte non con permalosità, né con supponenza, né in modo ruffiano, ma con l'arte del dialogo, della cultura e del convincimento pacato.

Solo questo metodo, se sapremo essere sicuri delle nostre idee e convicenti nelle nostre risposte, ci farà riacquistare la fiducia perduta e ci farà meritare un ascolto con rispetto da parte dei nostri pazienti e referenti. Il rifiuto sdegnoso del dialogo non è produttivo e non approda a risultati positivi né per il paziente né per il medico.

Nel nostro ambiente ospedaliero dei Fatebenefratelli abbiamo avuto un grande Maestro che ci ha saputo sempre richiamare a questi principi della collegialità condivisa: un frate, Generale dell'Ordine proprio negli anni iniziali della mia esperienza ospedaliera, ispiratore mondiale del concetto di "Umanizzazione" all'interno degli Ospedali, ebbe il merito di inculcare anche quest'altro fondamentale concetto: "Il luogo dell'assistenza deve credere nel lavoro di gruppo. Nell'ospedale umanizzato non si temono le riunioni di gruppo" (8, 9, 10).

### **Un po' di "sano corporativismo" o legittima difesa**

Quando scrivo un articolo cerco, sempre, di stare attento ad evitare la facile critica che ci viene mossa: "Gli scritti dei Medici sono stati polemici, apologetici, propagandistici, moralizzanti" (11); critica giustificata

