

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

anche perché molti non riescono ad immaginare il malumore e la rabbia che ci creano i continui attacchi concentrici contro la nostra professione. Dopo tanti articoli di giornali, dopo tante trasmissioni televisive, dopo tante lezioni che ci vengono impartite, da ogni dove, su come dovremmo essere "medici e bioetici", forse varrà pure la pena di non rimanere sempre zitti ed accettare signorilmente e supinamente le critiche, che pur sappiamo, in parte, di meritare.

Tutti abbiamo bisogno di crescere e di migliorare il nostro approccio con gli altri, sia noi medici che i bioeticisti, specie quelli che hanno responsabilità didattiche o che svolgono funzioni pubbliche.

Purtroppo, spesso, ci tocca ascoltare sermoni moraleggianti rivolti indiscriminatamente a tutta la nostra categoria, da parte di "moralisti" appartenenti ad altre categorie, le quali ben meriterebbero attenzioni auto-critiche ben più serrate e sulle quali, invece, si sorvola con troppa superficialità e mancanza di senso critico.

La parola "bio-etica" ha ingenerato, in alcuni, il convincimento che si riferisca solo all'ambiente sanitario: la parola "bios, vita", richiama istintivamente immagini classiche: conservazione della vita, malattia, salute, aborto, eutanasia, morte, ospedale, medico e questo fa sì che veniamo subito indicati come i naturali destinatari dei messaggi formativi ed i naturali bersagli delle critiche, se i principi di bioetica non vengono applicati. Tutte queste attenzioni ci lusingano e ci rendono anche orgogliosi della grande responsabilità che, naturalmente, ci viene riconosciuta (molto a

parole, a dire il vero, e non con gli atti concreti pubblici, legislativi e non), né abbiamo intenzione di abdicare o di scaricare queste responsabilità su altri.

Nello stesso tempo, però, abbiamo sempre pensato che non siamo e non dobbiamo essere solo noi i destinatari dei principi della bioetica, perché abbiamo sempre immaginato che la vita (bios) è patrimonio di tutti e che la conservazione della vita è responsabilità di tutti.

Ovviamente per conservazione della vita non bisogna intendere solo quello spazio limitato al periodo della malattia od al passaggio dalla vita alla morte, ma dobbiamo interpretarlo come salvaguardia della "persona" in tutta la sua esistenza, dal concepimento fin oltre la morte, rispettandola anche in ciò che afferisce pure al suo cadavere, ai suoi affetti ed alla sua memoria post-mortem.

Ebbene, in questa concezione, non solo tutte le categorie, ma **tutti gli esseri umani** sono coinvolti nel rispetto dei principi della bioetica ed, ovviamente, ognuno, nel suo piccolo, dovrebbe sentirsi in dovere di migliorare l'ambiente di "vita", cominciando primariamente dal proprio ambiente operativo (famiglia, comunità, lavoro, etc..).

A dire il vero, con la franchezza che ci deve sempre distinguere, non vedo altrettanta determinazione nell'applicare lo stesso giudizio e metro critico, comunemente adottato nei confronti dell'ambiente sanitario, quando ci si deve riferire ai propri ambienti lavorativi di provenienza, da parte dei politici, giornalisti, giuristi, economisti, filosofi, bioeticisti, etc..

Tutte le "attenzioni etiche" sono rivolte contro i Medici e le strutture ospedaliere e si sorvola sui comportamenti dei professori universitari, dei magistrati, degli avvocati, dei giornalisti, degli insegnanti, etc. trascurando quello che avviene negli ambienti della scuola, dell'università, dell'apparato giudiziario, del mondo dell'informazione, etc..

Appena si accenna a questi discorsi ed appena si cerca di spostare "la mira del fuoco" dall'ambiente medico agli altri ambienti (di provenienza dei "moralisti") si viene accusati di essere "corporativi" e di difendere la "propria categoria o classe".

Ovviamente l'interlocutore non si accorge, per niente, che quell'attribuzione può essere tranquillamente ritorta contro se stesso, né lo sfiora l'ipotesi che gli stessi "principi etici" devono essere applicati sempre, anche quando riguardano il "suo" operato nel "suo" ambiente di lavoro.

Quando si cerca di "allargare questa visione etica" si trova un "muro di gomma", perché l'unico obiettivo è andare a guardare nella casa degli altri e non nella propria.

Interessarsi del mondo sanitario è diventato quasi un hobby generalizzato e **sarebbe benvenuto** se fosse sorretto da uno spirito di approfondimento serio, non solo teorico sui libri e nei dibattiti, ma anche pratico, sul campo, nelle corsie e nei pronti soccorsi. E si scoprirebbe, molte volte, che a fronte di molti episodi di responsabilità "vera" dei medici e del personale sanitario nelle situazioni di cosiddetta "malasanità", esistono moltissime situazioni in cui essi sono solo delle vittime di un sistema, che ormai non

hanno più il "potere" di controllare e che sono costretti a subire, nonostante tutte le buone intenzioni e i tentativi messi in atto per migliorarlo.

Si scoprirebbe, così, che esistono pochi casi di "malamedicina" (attribuibili solo ai medici) e moltissimi casi di "malasanità", la cui responsabilità ricade esclusivamente sull'apparato politico-amministrativo.

Bisogna, infatti, saper fare differenza netta tra questi due termini (malamedicina e malasanità) spesso usati in modo improprio: frequentando veramente gli ospedali (a scopo di studio) i bioeticisti scoprirebbero che esiste anche una mala utenza, una mala informazione, una malafede, una mala giustizia ("dura supposta sed lex").

Se la diagnosi è sbagliata è quasi sempre colpa del medico (malamedicina), ma se in quell'ospedale manca la TAC per l'esame o l'ambulanza per trasferire il paziente, il medico è vittima, insieme al malato, di una disorganizzazione (malasanità) indipendente dalla sua volontà e dai suoi attuali poteri. Basti pensare che cosa è successo nella vicenda Di Bella: è indiscutibile che è venuta alla luce del sole la crisi della Medicina moderna tecnologica, ma contemporaneamente è emersa tutta la pochezza del mondo dell'informazione e l'inedeguatezza dell'apparato giudiziario. Se si allarga l'orizzonte di osservazione il panorama non è edificante: basti pensare a qualche personale esperienza in ambiente universitario o giudiziario o giornalistico per rendersi conto di quanto sarebbe necessario diffondere, anche in quegli ambienti, i principi di rispetto della persona cui

spesso si fa riferimento in ambito solo sanitario.

Basta riandare con il pensiero a quanti esami o quante ore di lezione vi sono state spostate o annullate senza preavviso e senza scuse, a quante sedute di esami superficiali, arroganti e ingiusti avete assistito o di cui siete stati vittime, a quante discriminazioni palesi avete potuto far da testimoni, a quanti tentativi di corruzione avete dovuto resistere, a quante ore di fila avete fatto agli sportelli amministrativi universitari, a quante preghiere e mance avete dovuto elargire per avere un banale certificato.

Tutte cose che offendono la persona umana, che avvengono in alcuni ambienti universitari e di cui non si parla (o di cui si parla poco) perché lì gli studenti, forse, non sono ancora "persone" e, quindi, meritano di essere vittime al macello da parte di alcuni superiori irrispettosi, eticamente censurabili.

Basta ripercorrere con il pensiero una propria esperienza di "testimone in tribunale": convocati, alla stessa ora, insieme a tanti altri che devono essere sentiti per quella causa; rendersi conto che, per la stessa ora, molti altri giudizi sono in programma, con molti altri testimoni convocati; attendere che la propria "causa" inizi 3-4 ore dopo l'ora stabilita; prendere coscienza che il tutto sarà rinviato (di molti mesi) senza essere stati ascoltati; scoprire che saremo costretti a ritornare per ricominciare da capo; passare per ingenuo ed ignorante avendo ammesso di non sapere che tutto ciò è "routine, non eccezione", che avviene da sempre ed ormai è

quasi prassi, a cui nessuno cerca di porre rimedio.

Tutto ciò da semplici testimoni, figuriamoci da imputati.

Basta leggere i giornali, poi, confrontandoli con quelli del giorno precedente, per rendersi conto di quante bugie e falsità vengono quotidianamente proposte ai lettori, contro ogni diritto della persona e contro il concetto di verità; quello che conta e che viene insegnato, anche da famosi maestri, non è dare la notizia vera, ma darla presto, anche se falsa.

Potremmo continuare all'infinito con tutte le categorie professionali, di cui non si parla (dirigenti d'ufficio, dirigenti d'azienda, responsabili del traffico, avvocati, etc.) e che si ergono a moralisti del lavoro dei medici, di cui non conoscono le difficoltà, i pericoli e la delicatezza, spesso imprevedibile anche per l'operatore più preparato e più pignolo, il quale, molte volte, è costretto a prendere decisioni "vitali" (per il paziente e per se stesso) in pochi minuti, sapendo che non gli verrà riconosciuta la buona fede, se, malauguratamente, ha ragionato in modo umanamente errato e gli è sfuggito o ha sottovalutato un elemento, in quell'istante, apparentemente meno importante.

Ovviamente non commetteremo, per rispetto della nostra intelligenza e della nostra dignità, l'errore, comunemente accettato in questa Italia ipocrita, di affermare che "se tutti rubano, il furto non esiste più, né deve essere punito"; noi apparteniamo a coloro che pensano che, se il primo ladro è stato pizzicato, è giusto che per ora paghi lui, poi non trascureremo di pizzicare anche gli altri (com-

presa la nostra persona se apparteniamo a quella categoria), anche a costo di diventare tutti latitanti (magari fossimo così fortunati da ripulire questa Italia sgangherata).

Pertanto pensiamo che sia giusto iniziare la moralizzazione dall'ambiente sanitario, che deve essere "formato" in linea con i principi della bioetica, ma vorremmo che i "formatori" non trascurassero anche il proprio ambiente di lavoro, ove con la specifica competenza potrebbero anche essere più efficaci ed incisivi.

Frattanto siamo orgogliosi di fungere da "apripista", ma questo lo sapevamo da appena 2500 anni, quando un certo Ippocrate cominciò a pensare che la professione medica si doveva muovere nell'eticità più che ogni altra professione; da allora ci è stato tramandato l'impegno ed il giuramento ad ispirarci sempre a quell'ethos umanitario che ha costituito l'anima profonda della Medicina (11).

Sarà per questo che siamo tutti convinti che nessuna attività sanitaria e "nessuna riforma potrà avere successo se non ha alle spalle un ethos condiviso" (12).

### **Il rapporto medico-paziente e la spider**

Il medico clinico deve sviluppare le sue capacità di ascolto e di osservazione (non a caso siamo stati dotati di una sola bocca e un solo naso, ma di due orecchie e due occhi) e nello stesso tempo, deve sapere che la scelta definitiva e la conseguente responsabilità non possono che essere solo sue.

Egli è tenuto ad informare il suo paziente in ogni atto decisivo del percorso diagnostico-terapeutico, è tenuto a raccoglierne il consenso informato, ma sappia che non potrà nascondersi dietro questo consenso dinanzi a scelte tecnicamente ed eticamente discutibili o errate: il malato può non fare quello che gli propone il medico ma non può pretendere quello che non condividiamo: la responsabilità rimane sempre del medico.

Egli ha, nel suo atto sanitario, una responsabilità tecnica ed etica "unica", "non condivisibile" con nessuno. Pertanto, cosciente o non cosciente, volendo o non volendo, egli ha sul paziente un potere enorme nel bene e nel male, di cui dovrà rispondere alla sua coscienza e al suo Dio.

Non potranno aiutarlo i laboratoristi, i radiologi, i vari consulenti, gli scienziati, i bioeticisti, i filosofi, ecc., perché nel momento cruciale, con il paziente sulla barella in pronto soccorso o a domicilio nel letto, egli sarà solo con la sua coscienza e con la "persona" che ha davanti, che a lui si affida e che da lui vuole la soluzione alla sua malattia. Egli, in quel momento, potrà solo fare affidamento sulla sua cultura scientifica e sulla sua formazione etico-umanistica (scienza e coscienza).

In quel momento si avvera la magia del rapporto medico-paziente e si realizza il vero binomio bio-etico inscindibile tra "due persone", con tutti i loro limiti, le loro psicologie, le loro necessità interiori, le loro comuni aspirazioni, finalizzate al "bene-essere" egoistico ed altruistico di entrambi, che non può non tendere all'obiettivo comune della salvaguardia della vita.

Solo quando questa simbiosi si realizza, la fusione delle loro due energie raggiungerà la meta agognata della vittoria della salute sulla malattia e della vita sulla morte.

Ritornando all'esempio del veicolo in cui vogliono guidare i passeggeri seduti di dietro (5, 6,7), esistono, secondo gli Autori le due soluzioni già proposte:

1) far scendere i passeggeri "disturbatori" e proseguire solo con il paziente in una "spider a due posti" (7)

2) continuare a viaggiare in un "pulsino" ove il guidatore, pur mantenendo la responsabilità della guida, ascolta i consigli di chi gli sta dietro (5).

Io credo, però, che esistano ancora altre due possibilità:

3) il paziente, unico responsabile principale della propria vita, si mette alla guida della spider ed ascolta con molta attenzione i consigli che gli dà il suo "medico navigatore", che la sera precedente ha studiato bene tutte le mappe che gli sono state fornite dalla cultura scientifica (la scienza) e dalla cultura umanistica (bioetica, la coscienza)

4) il paziente precedente si auto-convince che non è esperto di guida, tra l'altro di una macchina troppo pericolosa che deve procedere a velocità molto sostenuta, per cui accosta, apre lo sportello, scende e prega il suo "medico navigatore di fiducia" di prendere il volante, scambiandosi il posto, perché così arriveranno prima alla meta desiderata.

Il "navigatore", che prima o poi si aspettava la richiesta, già alla partenza, insieme al paziente, aveva consultato bene le carte per conoscere "le curve pericolose, i tratti disse-

stati, i sensi unici ed i divieti di accesso" (5) e teneva questi documenti nel bagagliaio, perché così gli aveva consigliato il nonno Ippocrate.

Oltre però a questi "segnali della bioetica", egli si era dovuto fornire di tutti i "segnali della scienza", senza trascurare anche i punti stradali dove, frequentemente, si apposta la polizia ("segnali giudiziari") e senza far finta di non conoscere il tipo, la potenza ed i consumi della macchina ("segnali economici") perché all'arrivo, se arriva, gli chiederanno conto, anche, di quanta benzina ha consumato.

Se riesce a raggiungere sano e salvo il traguardo, insieme al paziente, e alla fine non lo fanno Santo, è proprio una cattiveria.

In ogni caso questa soluzione è la migliore per il paziente (se sa scegliere il "pilota-navigatore" giusto e adatto a lui) ed è quella che io preferisco, perché tra l'altro mi piace guidare la spider. (Fig. 1)

Certo, non conviene far guidare direttamente quelli che danno i consigli da dietro, perché a dare consigli è sempre facile; il difficile è tenere il volante tra le mani e due piedi su tre pedali.

A me, tra l'altro, viene sempre voglia di chiedere: "ma se sanno guidare così bene, perché non hanno preso la patente?"

Forse perché hanno capito bene che la Medicina non è una passeggiata su una strada scorrevole, ma spesso si trasforma in un Rally, oppure in una discesa ripida con i freni rotti, ed a loro non piace la velocità.

Ebbene, a noi, non è che non piacciono i consigli o che li accettiamo



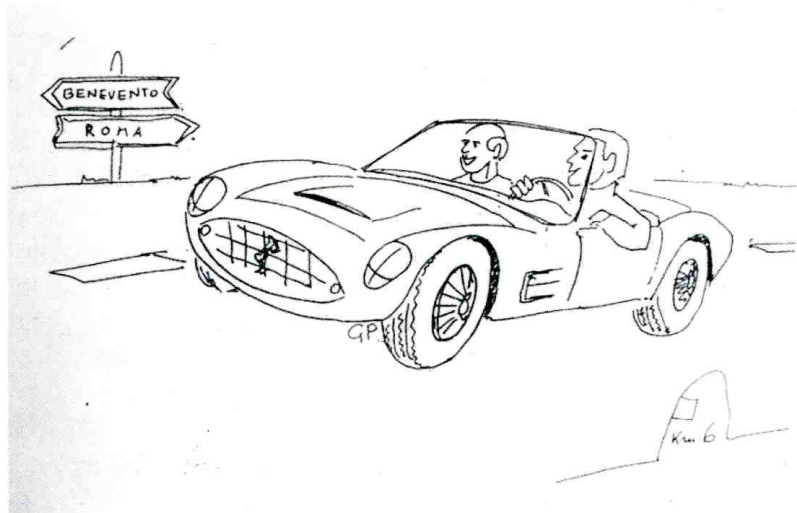


Figura 1

con fastidio, ma vorremmo che prima di parlare si provasse la pericolosità e l'emozione della guida.

Vorremmo che si provasse: la vista del sangue che non coagula, il contatto con la gente spaventata, esasperata e sfiduciata, il rapporto con la sofferenza, la concitazione delle situazioni di emergenza, la responsabilità delle decisioni "vitali", la rabbia della sconfitta contro la morte e la continua frequentazione della morte, sapendo anche di avere sul collo il fiato dell'autorità giudiziaria e la sfiducia della gente, incentivata e resa esponenziale da molti giornalisti superficiali e da alcuni avvocati avvoltoi.

### Conclusioni

Per dare un reale e gradito contributo bioetico in Medicina è opportuno che si passi dalle aule universitarie e dagli studi dei bio-eticisti, al letto del paziente. Solo se si è coinvolti emotivamente nella decisione, (clinica per

es. per il medico o giudiziaria, per il Magistrato) si può coglierne la difficoltà, la responsabilità, il senso tragico delle scelte e solo così si potrà maturare una coscienza propositiva autorevole e meritevole di ascolto nell'eticista accademico o nel giornalista o nell'uomo pensante in genere.

Questa mia frase non deve, però, far generare un equivoco, come bene ha messo in evidenza P.L. Marchesi: "non bisogna ritenere che vi siano diverse etiche speciali – l'etica dell'imprenditore, del sindacalista, del medico, dell'avvocato e così via – con principi, valori e norme morali del tutto differenti, riguardo ai quali alla fine avrebbero diritto di esprimersi solo i diretti interessati" (13).

Purtroppo, troppe volte e da tutte le parti in causa, compresi i Medici, si odono frasi arroganti e presuntuose, nei confronti di chi si trova dall'altra sponda: "La vita è una cosa troppo seria per affidarla solo ai tecnici (medici)", "La guerra è una cosa troppo seria per farla fare ai generali", "La

vita è una cosa troppo seria per poterla lasciare in mano agli economisti", "Gli economisti li chiameremo quando dovremo fare i conti. Adesso parliamo dell'Uomo. Che restino pure in cucina", "I bioeticisti sono quelli che fanno le pulci ai medici".

Con queste frasi supponenti non si va da nessuna parte. E' un gioco al massacro che danneggia tutti.

Chi vuole "costruire una società etica" deve avere umiltà, capacità di dialogo e di integrazione con gli altri, pur mantenendo fiducia nelle proprie idee. Ci vuole più rispetto, specie per coloro che hanno ruoli molto delicati ed attinenti direttamente alla vita delle persone.

Noi non vogliamo l'impunità, ma auspichiamo che si analizzino meglio, "dal vivo", le difficoltà effettive della nostra professione, il che, di certo, ci farà meritare più rispetto.

Nessuno ha l'autorità morale preconstituita: "tutti" devono farsi riconoscere la "beneficialità", che non viene più riconosciuta neanche al medico paternalista, né al magistrato, né al sacerdote, né al bioeticista, etc.

Pertanto, bisogna porsi in un'ottica di ascolto e di proposta, mantenendo una grande apertura di orizzonti e partendo da una fondamentale umiltà.

Il medico, da parte sua, deve saper progettare il futuro e tirare fuori, se c'è, la propria voglia di costruire, an-



Figura 2



Figura 3

zi di ricostruire e/o riconquistare la fiducia perduta. Egli deve recuperare il senso della propria dignità per farsi riconoscere, di nuovo, la beneficenza, valore cardine della Medicina, la quale rimane sempre la professione più bella del mondo (14, 15).

Per ottenere questo, il Medico deve saper scegliere la via giusta quando si trova al bivio cruciale (Fig. 2):

Questo bivio non riguarda solo i Medici ma tutto il genere umano, che, oggi, sempre più è spinto sulla strada illusoriamente utilitaristica.

A questo bivio, tutti (ed i Medici in particolare ed in primis) devono

guardarsi allo specchio e farsi un sereno esame di coscienza: da che parte vogliamo andare?

Verso una Medicina fondata sul denaro (money) o verso una Medicina fondata sull'uomo (man) ?

Io non mi riconosco l'autorità morale per esprimere giudizi sulla scelta degli altri, ma mi sono convinto che la strada della Medicina basata sul denaro è fallimentare e non approda a nulla di stabile.

La strada maestra è quella basata sull'uomo e deve essere percorsa con convinzione nella difesa della vita (Fig. 3). eRn

## Bibliografia

1. Aiazzi Mancini M, Donatelli L: Trattato di farmacologia, I Vol., Ediz. Valardi Milano, 1969.
2. Munthe A: La storia di San Michele (1929), Ed. Garzanti, 1982.
3. Molière J B: Il malato immaginario (1673), Ed. Garzanti, 1991.
4. Shaw B: Il dilemma del dottore (1906), Ed. Mondadori, 1959.
5. Spagnolo AG: Presupposti bioetici della decisione clinica. *Federazione Medica* 1994; 5: 151-156.
6. Lyon Loftus GT: What is a clinical ethicist? *Theoretical medicine* 1986; 7: 41-45.
7. Milazzotto F., Tubaro M: Gettando sassolini nello stagno, ovvero l'etica vista da un eretico. *G Ital Cardiol* 1992; 22: 107-110.
8. Marchesi PL: L'umanizzazione. Ediz. Fatebenefratelli, 1981.
9. Marchesi P.L: Rinnovarsi per umanizzare. Centro stampa Fatebenefratelli, 1983
10. Marchesi P L: L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000. Ediz. Fatebenefratelli 1986.
11. Baldini M: Dai galatei medici al codice deontologico [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it), 1999
12. Jaspers K: Il medico nell'età della tecnica. Ediz. Cortina, 1991.
13. Marchesi PL: Etica e gestione di un ospedale cattolico. *Dolentium dominum Anno XIV*, 41, 2, 67-72, 1999.
14. Cagli V: Elogio del metodo clinico. Armando Editore, Roma 1997.
15. Pagni A: Anno Sanitario 2000. La professione del medico tra salute e malattia. [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it), 2 Febbraio 2000.