Francesco Sgambato,
Sergio Prozzo
Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - Fatebenefratelli - Benevento
Dipartimento di Medicina
U. O. Complessa di Medicina Interna
Direttore Dott. Francesco Sgambato

Il piacere della medicina e la bioetica clinica

Introduzione

La storia della Medicina insegna che, da sempre, nella nostra professione, l'aspetto tecnico scientifico e quello etico sono intrecciati in modo inestricabile e il Medico, che abbia solo la competenza clinica ma manchi di formazione e coscienza etica, non ha colto il senso vero della professione.
Questo modo di pensare ci viene tramandato e ce lo coltiviamo da appena 2450 anni, da Ippocrate in poi (460? – 377? a. C.) col suo famoso Giuramento, cui attribuiamo la paternità della Bioetica (1).
Successivamente uno dei libri fondamentali al riguardo fu l'Etica nicomachea, scritta tra il 335 e il 323 a. C., da Aristotele (384 – 322 a. C.) e sicuramente non a caso Nicomaco, il padre di Aristotele, era un Medico (2).
Lo stesso Raffaello, nel dipingere la famosissima "Scuola di Atene" (Vaticano, Stanza della Segnatura) volle rappresentare Aristotele con il libro dell'Etica nella mano sinistra, mentre la mano destra, con il palmo aperto rivolto verso il basso, era atteggiata ad un collegamento pratico con la vita terrena, in contraltare con la mano destra di Platone rivolta con l'indice verso il Cielo.
In effetti, però, la datazione precisa della nascita del "termine bioetica" viene, invece, fatta risalire al 1970, quando il cancerologo americano Van Rensselaer Potter pubblicò un articolo dal titolo: "Bioethics. The science of survival" (3).
Molti altri Autori (tra cui 4, 5) riportano come "data di nascita" il 1971, sempre riferendosi ad un altra opera di Potter: "Bioethics. Bridge to the future" (6), libro più famoso, che non dovrebbe mancare nella biblioteca dei Medici più sensibili a queste problematiche (tra l'altro, per semplificarci la vita, esso è stato recentemente tradotto in Italia dalla casa editrice Sicania di Messina).
In ogni caso ci preme sottolineare che "sempre", nelle sue tappe storiche fondamentali, la Bioetica è stata procreata e sentita quale esigenza primaria da parte della stessa classe medica e, non è superfluo rimarcare che lo stesso Potter era un Medico Oncologo, da non confondere con l'epistemologo Popper, come spesso avviene.
Di sicuro il Prof. Potter è stato colui che ha colto la pericolosità della tecnologia moderna ed ha evidenziato i rischi ambientali ed i problemi emergenti per le generazioni future. Egli, insieme agli altri padri fondatori del-

la bioetica, ha messo in discussione il mito del progresso, all'epoca apparentemente incontrastabile, ed ha portato all'attenzione pubblica i pericoli legati al progredire, non autocritico, della tecnologia fino alla possibile catastrofe dell'umanità:"La vita nel mondo contemporaneo è in pericolo e deve essere difesa" (6).
Egli concepiva la bioetica come: "La conoscenza su come utilizzare la conoscenza per il bene sociale" ed intendeva porre in atto un tentativo per sanare i possibili conflitti tra la scienza della natura e della vita (biologia) e la scienza dello spirito (etica), per preparare un avvenire vivibile per l'uomo, progettando un "ponte verso il futuro".
Un'altra elegante definizione della Bioetica può essere attinta dalla "Enciclopedia of bioethics" del 1971: "Studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienza della vita e della cura della salute, quando tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali" (7).
Per tali motivi la bioetica, fin dall'inizio, si è caratterizzata per la sua interdisciplinarietà tra le varie branche naturalmente cointeressate: biologia, medicina, filosofia, diritto, teologia, economia, psicologia, ecologia, etc..
E infatti, la bioetica nasce proprio per far fronte ai nuovi problemi posti alla coscienza dell'uomo dalla ingegneria genetica, dalla biotecnologia, dalla procreatica, dai trapianti di organo, ecc... (8, 9). Probabilmente o quasi sicuramente essa nasce anche dalla crisi della Medicina e dalla sfiducia nella sua capacità di risolvere, da sola, i problemi complessi che stavano emergendo, quali quelli di dover conciliare valori plurimi talvolta tra loro in conflitto, nel momento di scelte obbligatorie necessarie in casi specifici riguardanti la vita delle persone.
In particolare una delle molle scatenanti fu che i nuovi "bioeticisti" e l'opinione pubblica in generale cominciavano a non riconoscere più a noi Medici il principio di beneficialità, ovvero la certezza indiscutibile che il nostro operare fosse sempre svolto nell'interesse del bene del malato.
Quando la classe medica avvertì questo cambiamento di opinione, tale scoperta fu sicuramente un trauma e all'inizio del dibattito bioetico nel mondo, per molti di noi Medici, fu come subire un pugno nello stomaco.

La crisi della medicina

In effetti la fiducia nella Medicina non è stata mai totale, né lo poteva mai essere, considerati i suoi "limiti naturali" dettati dalla coscienza della "fallibilità" e del "probabilismo" della pratica medica.
Questo atteggiamento è stato sempre presente, come è ben noto, nella storia della Medicina e gli esempi potrebbero essere innumerevoli. Un medico ferrarese Castelli del '700 diceva: "Ad ogni modo, tanta è la miseria et mala condizione di questa nostra arte, che, non solo le fatiche non sono poste a conto ma, quod peius est, non est malum quod non faciat medicus; et se qualche volta per benefitio del medico lo infermo guarisce, il tutto non a medici ma a voti, a frati, a sore et qualche volta a incanti se ascrive".

La letteratura è ricca di questo disagio ed i libri "classici" rimangono sempre testi fondamentali; basti leggere Tolstoi "La morte di Ivan Illic" (10), ma anche altri hanno portato spesso all'attenzione questo atteggiamento di sfiducia, fino a rimarcarlo in modo satirico feroce (11). Siamo arrivati, così, fino all'offesa pubblica ufficializzata sui vocabolari: sullo Zingarelli, per es. (12), alla parola "bugiardino" si può leggere: "Da bugiardo perché ingannevole: foglietto accluso alla confezione di un farmaco, del quale spiega le caratteristiche, le indicazioni terapeutiche, la posologia e similari" (Fig. 1).

L'iconografia, poi, è stata sempre impietosa; basti guardare questa immagine comparsa su una quotata ed autorevole rivista medico scientifica (13), che forse ci offende ancora di più: mentre il medico visita il suo paziente c'è Mercurio, simbolo e Dio della Medicina, che ruba il portafoglio dalla tasca del paziente, e, forse

Figura 1

non a caso, egli è anche il Dio dei mercanti e dei ladri (Fig. 2).
Questo discorso dell'aspetto deteriore, mercantile, viene oggi, sempre più spesso, messo in risalto e giustamente sottolineato come fatto negativo, ma in passato la satira ci ha trattato anche peggio (Fig. 3) (14).
Questo medico viene raffigurato, non solo nell'atto di rubare nella tasca dei pantaloni, ma, ancora peggio, si vede chiaramente che il derubato è un cadavere.
Ma, se l'opinione pubblica ha questa concezione di alcuni di noi, deve pur esserci un fondamento, legato a problemi ed esperienze vere, non di fantasia. Non basta assumere atteggiamenti di vittimismo e non basta autocompatirsi: occorre autocriticarsi ed agire coerentemente nel recupero della dignità professionale ed ottenere leggi che consentano l'eliminazione delle mele merce dall'ordine professionale dei Medici, senza indulgenze e senza ipocrisie.
Al contrario, in assenza di comportamenti coerenti nella difesa della di-

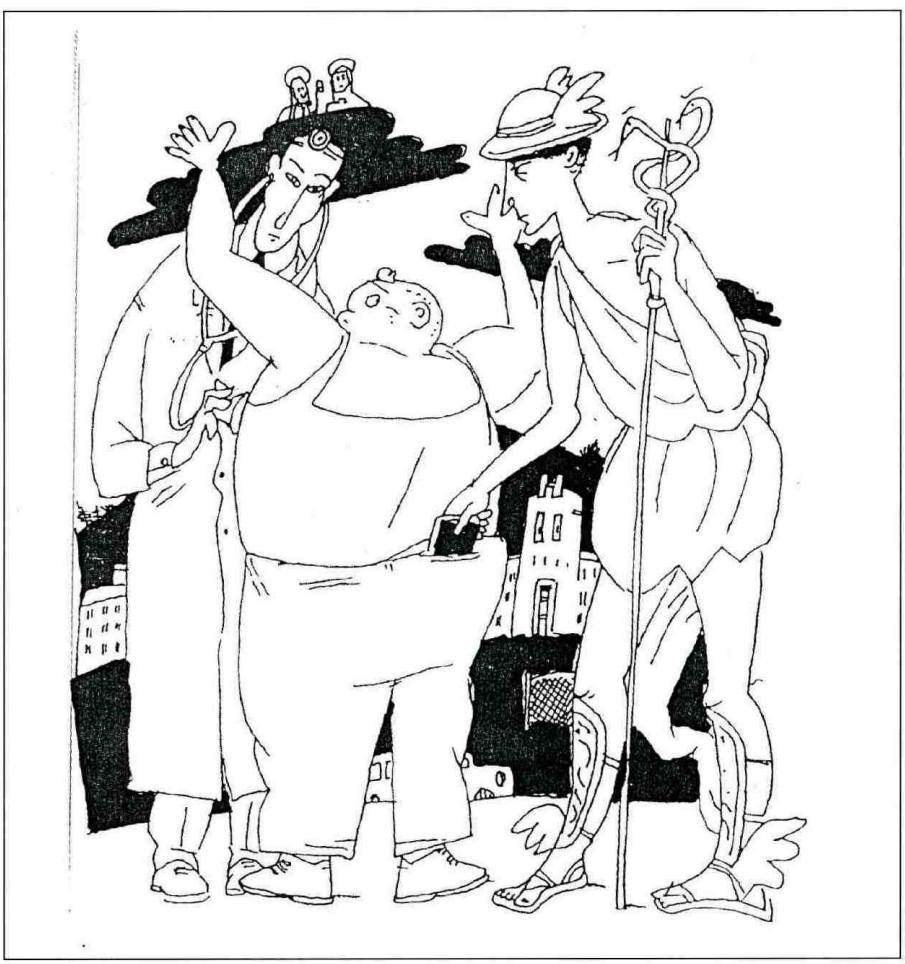

Figura 2

Figura 3

gnità professionale, si è giunti, di conseguenza, gradualmente, alla perdita, finanche, del principio di beneficialità.

In passato era universalmente riconosciuto che il principio più antico fosse quello di agire per il bene del paziente e si concedeva al medico che il suo operare fosse sempre ispirato dal desiderio di ottenere il massimo beneficio possibile per il bene del malato.

Oggi invece questo principio è in crisi per molti motivi, sia per nostra colpa (in primis, ovviamente) che a causa di molteplici ragioni indipendenti, per cui non viene più concessa la stessa fiducia illimitata di prima ed è stata ridimensionata l'indipendenza, l'autonomia e la libertà del medico.

I Medici hanno avuto grande responsabilità perché hanno lasciato minare il substrato etico di fondo che li sosteneva e, inoltre, sotto spinte di vario tipo, quando faceva comodo, hanno usato toni sensazionalistici sul loro operato, utilizzando anche notizie stupefacenti per impressionare il mondo dei profani.

Quando, poi, la cruda realtà e le difficoltà imponderabili hanno fatto crollare le illusioni e le certezze imprudentemente vantate, il paziente non ha accettato di far rientrare le complicanze nell'ambito dell'imponderabile fatalità ed ha fatto ricadere le colpe sull'imperizia o sulla incapacità del medico.

Innanzitutto, poi, è stata messa in discussione la capacità per il medico di

riconoscere che cosa è realmente il "bene del paziente" e si è sottolineato come esso, non sempre, corrisponda al "bene bio-medico" generalmente inteso, ma al concetto soggettivo di bene inteso dal punto di vista del malato.
Per tali motivi non viene più riconosciuta la sua autorità di esperto sanitario e l'individuo malato, spesso, prende le decisioni autonomamente, usando il medico come un informatore neutrale. Si ha, così, la caduta dell'"ipse dixit" e prende strada la completa autonomia del paziente, quasi sempre autolesiva per scelte disordinate, impulsive, angosciate e consequenzialmente irrazionali.
D'altra parte i grandi progressi della Medicina sono stati tumultuosi negli ultimi trenta anni ed è diventato sempre più difficile, per il singolo medico, anche internista specialista, tenere il passo con la grande mole di notizie che la scienza moderna propone.
In parallelo non si è avuta un'analoga crescita dell'etica professionale, anzi si è assistito ad un imbarbarimento progressivo.
A determinare l'abbassamento del livello etico della Medicina hanno concorso numerosi fattori, spesso indipendenti dalla volontà del singolo medico e dipendenti, invece, da precise volontà politiche-organizzative.

La formazione del medico

Questo è il capitolo più importante e più trascurato nei dibattiti sulla sanità o sulla "malasanità". Tutti si lamentano e nessuno fa proposte costruttive per il futuro; è un esempio lampante del costume italico, con una vocazione vittimistica e lamentosa senza la voglia reale di cambiare le cose.
Se, come si dice, la "malasanità" è un problema nazionale, certamente uno dei rimedi più urgenti dovrebbe consistere nel migliorare la qualità del personale sanitario, almeno per il futuro, mediante una più attenta selezione e formazione.
Nessuno, invece, ha il coraggio di mettere il dito sulla piaga, che deve essere sanata, se si hanno veramente a cuore le sorti dei malati e della Medicina. Nessuno vuole incidere il bubbone, perché molti hanno paura della puzza, quando, invece, i Maestri ci hanno insegnato che la vera terapia è quella causale non quella sintomatica.
Se c'è pus, bisogna incidere e drenare: "ubi pus, ibi evacua", altrimenti "il medico pietoso fa la piaga fetida", come già è successo nella sanità italiana, ove vengono sfornati in continuazione laureati in Medicina, di cui molti (non tutti ovviamente) senza la dovuta preparazione sia teorica che pratica e senza una minima formazione etica.
L'interessata politica del sovraffollamento delle facoltà ha prodotto i guasti che sono sotto gli occhi di tutti, per i quali tutti si lamentano, tutti criticano, ma pochissimi hanno avuto il coraggio di proporre, nei tempi passati, le soluzioni "causali", che dovevano prevedere per forza una limitazione razionale degli accessi ai corsi universitari.
Queste scelte impopolari facevano scattare le accuse di corporativismo, settarismo, egoismo, protezionismo, fascismo, reazionario, etc., che cade-

vano addosso ai malcapitati che avevano l'ardire di esternare quelle proposte.
Il numero dei candidati alla più "umana" e "vitale" delle professioni deve essere proporzionale al numero dei docenti e degli spazi disponibili, ed i candidati devono essere selezionati in base alle qualità umane, oltre che a quelle scientifiche.
Al riguardo, molti anni fa fu pubblicata su "Il Medico d'Italia" (all'epoca organo ufficiale della Federazione dei Medici) (15) questa vignetta (preparata insieme al collega pediatra Pilla) molto esplicativa del mio pensiero (Fig. 4); a dire il vero, nel testo "originale" della didascalia avevo scritto "meditate Onorevoli, meditate!", ma fu censurata e modificata a mia insaputa con l'eliminazione delle parole finali, tanto per capire lo stato di inspiegabile sudditanza dei nostri rappresentanti ordinistici di allora.
Nella formazione bisogna insistere sui seguenti aspetti essenziali, se si vogliono Medici all'altezza del delicato e peculiare ruolo che devono ricoprire:

- investire in umanità
- investire in cultura
- creare una solida base bioetica
- pretendere una buona formazione umanistica e una solida preparazione letteraria
- difendere la spiritualità della scienza
- pretendere una buona cultura filosofica, storica e religiosa, che

Figura 4

sappia vedere oltre la frammentazione (16).

A tutto ciò bisogna aggiungere la **frequenza obbligatoria** nelle corsie ospedaliere ed universitarie, senza trascurare gli ambulatori presenti sul territorio.

Ancora oggi, a fronte di tanti bla, bla, bla, i giovani medici, anche disoccupati, vengono ostacolati nella loro volontà di apprendere, impedendo praticamente la frequenza nei reparti, il che è stata sempre la fonte della formazione scientifica ed etica in Medicina.

Ancora oggi esistono ostacoli burocratici e medico-legali-assicurativi che il giovane medico deve superare, con spese a suo carico, pur non avendo ancora proventi professionali personali.

Solo la frequenza nelle cliniche, invece, consente quel passaggio di esperienze che hanno fatto sempre grande la Medicina ed i Maestri;

solo in ospedale si può imparare, apprendendolo dal vivo, sul campo, che, tanto per fare qualche esempio:

- la sofferenza è analoga sia quando la malattia esiste, sia quando è solo immaginaria (anche il malato immaginario è un "malato" e non siamo buoni medici se ne rifiutiamo l'esistenza)
- l'ansia dei familiari va rispettata (bisogna saperla riconoscere, accettarla, domarla, indirizzarla in positivo)
- è un errore smembrare il paziente e porre in atto quel processo di disintegrazione. Il Medico vero è quello che sa "curare" il suo paziente nella sua totalità.

Negare queste semplici evidenze vuol solo significare che siamo grossolanamente ignoranti, ovverosia non conosciamo il concetto basilare della unità soma-psiche (integrazione psico-fisica)

Meno male che "L'approccio olistico del medico ippocratico è oggi rivalutato, dopo decenni di oblio causati dai progressi e dalle illusioni positivistiche del riduzionismo scientifico" (17).

Per poter fare questo bisogna conoscere e per poter conoscere non bastano i libri; occorre la frequenza ospedaliera, che indiscutibil-mente forma, e la frequenza più produttiva, all'inizio della Professione nei primi anni della formazione giovanile, è quella in una Divisione di Medicina Interna, ove esiste la possibilità di vedere malati complessi, con pluripatologie, i quali corrispondono a quelli che si incontreranno nella pratica clinica quotidiana.

Bisogna, ormai, entrare nell'ordine di idee di creare anche l'ospedale di insegnamento, ove far frequentare i giovani Medici preferibilmente nella sede più vicina a quella in cui opereranno professionalmente, perché è lì, nell'Ospedale di riferimento del proprio paese e delle proprie attività ambulatoriali, che il Medico potrà conoscere l'organizzazione, i servizi prestati, le professionalità ed il livello di qualità; è nell'ospedale che esiste una casistica numerosa; è lì che si ha il confronto continuo con i colleghi più anziani; è lì che si può avere un riscontro diagnostico immediato grazie alla tecnologia disponibile; è lì che si può usufruire di una scuola ospedaliera tecnico-scientifica ed etico-umanistica; è lì che i giovani Medici potranno creare i rapporti di "colle-

ganza" e di amicizia, che faciliteranno la tanto desiderata (e a parole invocata) assistenza integrata "ospedale – territorio".
I laureandi ed i neo-laureati, non avendo, spesso, "potuto attingere insegnamenti alla tradizione sanitaria e/o familiare", spesso necessitano di una formazione pratica "ex novo" e la frequenza nelle corsie deve essere non breve, in reparti accreditati.
E' ovvio, infatti, che anche i Docenti ospedalieri ed universitari devono essere selezionati: "non tutti possono insegnare". Oltre alle capacità didattiche, occorrono multiple competenze medico-scientifiche, bioetiche e umanistico-filosofiche.

Conclusioni

La delicatezza e la peculiarità del nostro lavoro ci deve far meritare più rispetto, perché la grande maggioranza dei Medici lavora con grande abnegazione, spesso in condizioni di disagio ambientale e di disorganizzazione strutturale, indipendenti dalla sua volontà, e con gratificazione sociale ed economica, quasi sempre, in progressivo calo rispetto al passato.
Eppure vorremmo che i nostri critici detrattori, prima di esternare le loro considerazioni negative sul nostro operato, provassero realmente un piccolo assaggio di che cosa comporta la pratica quotidiana della nostra vita professionale.
Vorremo che si provasse, anche per un solo mese, la vista del sangue che non coagula, il contatto con la gente spaventata, esasperata e sfiduciata, la gestione di un paziente con nevrosi d'ansia, il rapporto con la sofferenza, la concitazione delle situazioni di emergenza, la responsabilità delle decisioni "vitali" da effettuarsi, spesso, in pochi minuti, il peso degli studi "che non finiscono mai", l'emozione e la responsabilità di comunicare la prognosi infausta, la continua frequentazione della morte e la rabbia della sconfitta contro la morte, sapendo anche di avere sul collo l'assillo delle compagnie di assicurazione, il fiato dell'autorità giudiziaria e la sfiducia della gente, incentivata e resa esponenziale da alcuni giornalisti superficiali e da alcuni avvocati avvoltoi.
Il medico, da parte sua, deve saper progettare il futuro e tirare fuori, se c'è, la propria voglia di costruire, anzi di ricostruire e/o riconquistare la fiducia perduta. Egli deve recuperare il senso della propria dignità per farsi riconoscere, di nuovo, la beneficialità, valore cardine della Medicina.
I giovani sappiano che se non si è pronti a sopportare tutta questa complessità ed il disagio interiore che ne deriva, non conviene iscriversi a Medicina e tanto meno fare l'Internista.
Il lavoro attuale del Medico non può non essere immaginato in salita come il mito di Sisifo (anche The Lancet la pensa così, Fig, 5) ma ciò nonostante, per i suoi risvolti umanitari e per le gratificazioni morali e sostanziali che se ne possono ricavare, rimane sempre la professione più bella del mondo, capace, se fatta con passione, con senso di responsabilità del proprio ruolo e con amore, di restituire, in molti casi, anche la vita a chi si affida alla nostra umile persona (e non sembri poco).

eRn

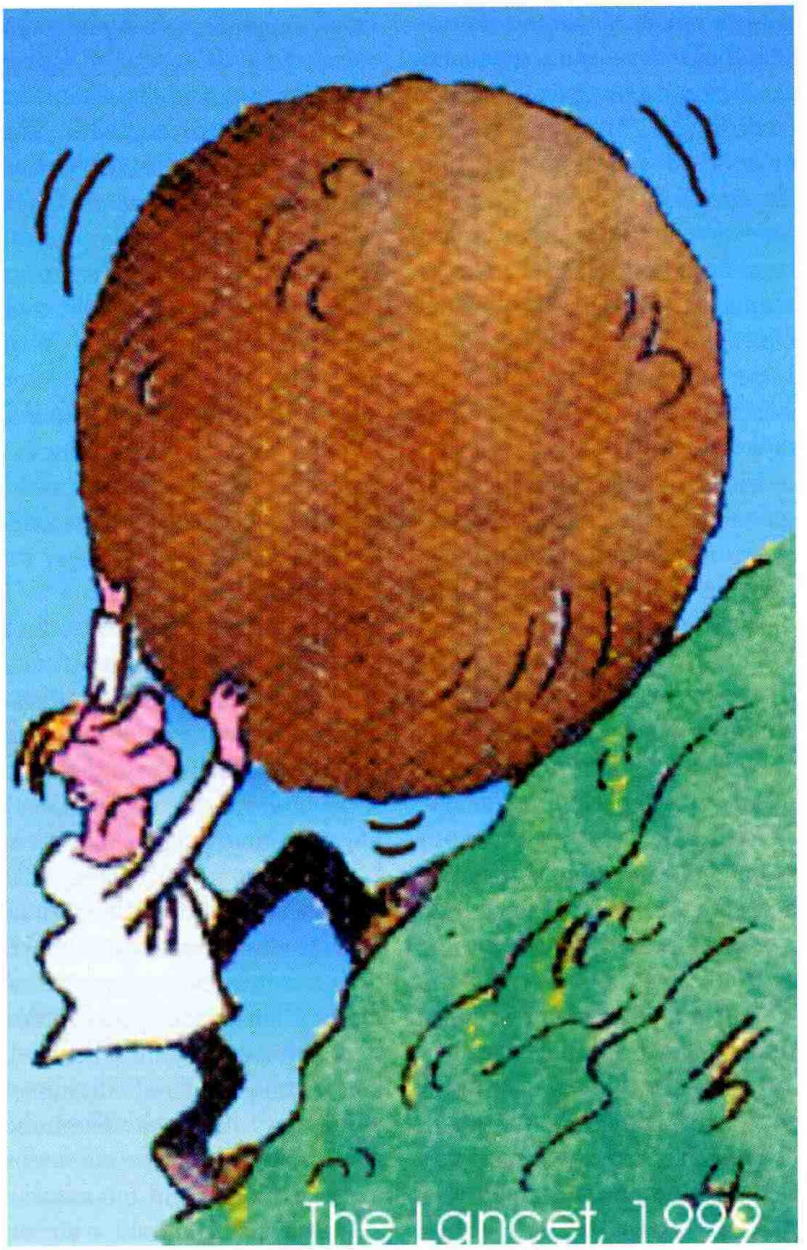

Figura 5

Bibliografia

1. Ippocrate: Corpus Hippocraticum (V Sec. A. C.), Scritti scelti, Il Giuramento e la Legge. Edizione Orsa Maggiore, Torriana (FO), 1993, 87-90.
2. Aristotele: Etica Nicomachea. Edizione Mondolibri, Milano, 1999, 335-323.
3. Potter VR: Bioethics. The science of survival. In "Perspectives in Biology and Medicine" 1970; 14: 120-153.
4. Sgreccia E: Bioetica: alla ricerca delle origini e della identità. *Federazione Medica* 1992; 2: 105-110.
5. Spagnolo AG: Presupposti bioetici della decisione clinica. *Federazione Medica* 1994; 5: 151-156.
6. Potter VR: Bioethics: bridge to the future. Prentice – Hall, Englewood Clifs (N.J.), 1971 - oppure in Edizione Italiana: Bioetica. Ponte verso il futuro. Sicania Editore, Messina, 2000.
7. Reich WT (a cura di): Enciclopedia of bioethics, vol I, pag XIX – Mac Millan, FreePress, New York 1978.
8. Leone S:Bioetica oggi: linee di lettura medico – scientifica. In: Bioetica oggi. Alla ricerca del "filo di Arianna" nel labirinto delle bioetiche, 17-34, Arcid. Benevento, 1998.
9. Beretta Anguissola A: Editoriale, Federazione Medica, 2, 1992.
10. Tolstoj LN: La morte di Ivan Il'ic (1884-1886). Superclassici Biblioteca Universale Rizzoli, Settima Edizione, Gennaio 1998.
11. Shaw B: Il dilemma del dottore (1906), Edizione Mondadori, 1959.
12. Zingarelli: Vocabolario della lingua italiana. Edizione Zanichelli, 1997.
13. Malliani A: Il Medico immaginario. "1992". The Practitioner Edizione Italiana, 175, 11-13, Febbraio 1993.
14. Sgambato F: Chiudete quel rubinetto per favore. Il Medico d'Italia, 46, 11, Novembre 1985.
15. Sterpellone L: Poveri e intriganti i medici di ieri, 1989.
16. Cagli V: Elogio del metodo clinico. Armando Editore, Roma , 1997.
17. Marchesi PL: L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000, Edizione Fatebenefratelli, 1986.