

SANDRO SPINSANTI

Laureato in Psicologia (Università di Roma “La Sapienza”) e in Teologia (Pontificia Università Lateranense) con specializzazione in Teologia morale (Accademia Alfonsiana). Ha insegnato Etica medica nella facoltà di Medicina dell’Università Cattolica di Roma e Bioetica nell’Università di Firenze. Ha diretto il Centro internazionale studi famiglia (Milano) e il Dipartimento di scienze umane dell’Ospedale Fatebenefratelli all’isola Tiberina (Roma). Ha fondato e dirige l’Istituto Giano per Medical Humanities e il Management in sanità (Roma). È stato componente del Comitato nazionale per la bioetica. Ha fondato e diretto la rivista *L’Arco di Giano*. Attualmente dirige la rivista *Janus. Medicina: cultura, culture*.

Etica medica e bioetica in cento anni di professione

SANDRO SPINSANTI

1. DALL'ETICA MEDICA ALLA BIOETICA: EVOLUZIONE O RIVOLUZIONE?

L'etica non è mai stata assente nella lunga storia culturale della medicina. I professionisti della cura non potevano evitare di confrontarsi con l'interrogativo della "buona" medicina, contrapposta a quella che doveva essere qualificata come "cattiva". La continuità del modello ideale costituito dall'etica medica è uno dei tratti più spettacolari di tutta la civiltà occidentale. La medicina stessa è cambiata più volte, e radicalmente: i modelli teorici per spiegare i fatti patologici e gli interventi terapeutici rivolti alla riconquista della salute si sono evoluti nel tempo, mentre i comportamenti attesi dal "buon medico" (e corrispettivamente dal "buon paziente") sono rimasti immutati. Fino a un'epoca molto recente, quando abbiamo dovuto registrare un cambiamento spettacolare. Fino alle ultime decadi del XX secolo l'etica medica era ancora sostanzialmente uguale a quella che era stata tramandata dai secoli precedenti. La transizione è stata vissuta in presa diretta dalla maggior parte dei professionisti e dei cittadini che erano adulti allo spirare del XX secolo: dalla tradizionale etica medica siamo passati a un altro sistema di regole con cui valutare la qualità morale dei comportamenti messi in atto nelle relazioni di cura. Per sottolineare il cambiamento, chiamiamo "bioetica" il nuovo sistema di regole.

A esemplificare il cambiamento chiediamo soccorso alla *fiction*, rievocando la sce-

na che si svolge tra il medico personale di un personaggio e il figlio di questi, in un celebre film. L'anziano genitore è appena tornato a casa da un soggiorno di sei settimane in una clinica, dove si è recato per accertamenti. L'accompagna l'annuncio trionfale da parte della moglie, che ha avuto la comunicazione dal medico: l'operazione esplorativa ha dimostrato che non ha niente, solo un piccolo spasmo al colon. Più gioioso di tutti è il diretto interessato, che festeggia in quel giorno 65 anni: "Mi hanno detto che vivrò. C'è un milione di sensazioni che voglio ancora provare. Tutte voglio gustarle!".

Ma il medico confida, in privato, al figlio minore un'altra verità. Il referto è di segno del tutto opposto: è un tumore maligno ed è inoperabile. Non c'è speranza. Quando il giovane contrappone le buone notizie diffuse dal medico stesso, questi non esita a riconoscere: "Bugie. Ho mentito. Anche a lui ho mentito. Etica professionale". Alla timida protesta del figlio: "È giusto illuderlo così?", il medico non dà risposta. Il richiamo dell'etica professionale è risuonato come una sanzione superiore, senza appello, che non permette di mettere in discussione il comportamento del medico. Qualcuno avrà riconosciuto il riferimento letterario: si tratta del dramma di Tennessee Williams *La gatta sul tetto che scotta*, del 1955, trasportata nel 1958 in un film celebre, con Paul Newman ed Elisabeth Taylor nei ruoli principali. Le coordinate cronologiche sono importanti. Per quanto siano trascorsi appena una cinquantina d'anni, le norme comportamentali alle quali si fa riferimento suonano del tutto arcaiche, estranee alla cultura attuale. Ai nostri giorni, nessuno potrebbe riproporle con la tranquilla sicurezza che esibisce il medico nel dramma di Williams. E non solo negli Stati Uniti: anche nella più conservatrice Europa le regole che sovrintendono al rapporto tra medici e pazienti, e i loro familiari, sono cambiate in modo irreversibile. L'etica professionale dei medici non prescrive più la menzogna come espressione della *pietas* del sanitario nei confronti del malato su cui incombe una diagnosi a prognosi infausta, né i costumi sociali attribuiscono ai familiari il compito di gestire l'informazione al posto della persona interessata, quali diretti interlocutori del medico. Queste regole del gioco sono franate, a dispetto della loro secolare tenuta nel tempo: nel giro di pochi anni sono state riscritte, delineando un nuovo profilo di diritti e doveri tra le parti coinvolte. Si tratta di un cambiamento a cui siamo inclini ad attribuire il carattere di una rivoluzione, più che di un progresso lineare. La trasformazione che è avvenuta non è stata solo repentina nel tempo ma anche radicale nel modo di concepire i rapporti tra chi eroga professionalmente cure e chi le riceve. Potremmo illustrare anche questa radicalità rivoluzionaria del cambiamento appoggiandoci a un prodotto letterario: la novella *Rip van Winkle* dello scrittore americano Washington Irving. Apparso nel 1819, il racconto aveva come protagonista un colono della Nuova Inghilterra. Di temperamento vagabondo, va a cacciare nelle Catskill Mountains di New York. Incontra degli strani abitanti della foresta che

gli danno da bere un liquore. Beve e si addormenta. Quando si sveglia torna al villaggio nativo, ma non lo riconosce più: la moglie è morta, la figlia bambina si è sposata... Rip aveva dormito vent'anni! La *pointe* del racconto, che l'ha reso molto popolare in America, è costituita dal momento in cui avviene il lungo sonno di Rip. Lo scrittore lo colloca a ridosso dell'indipendenza degli Stati Uniti. Quando Rip si addormenta, era ancora suddito dell'Inghilterra; quando si sveglia era già avvenuta, nel 1776, la sollevazione che dava origine al nuovo stato democratico e federale.

Forzando appena l'analogia, possiamo dire che ciò che ha avuto luogo nell'ambito dei rapporti medico-paziente non è dissimile da quella clamorosa trasformazione politica. Chi si svegliasse dopo un sonno di vent'anni – o, più realisticamente, chi fosse vissuto per questo tempo in missione in Africa, senza rapporti quotidiani con le trasformazioni culturali che stavano avendo luogo nelle società occidentali – troverebbe, come Rip van Winkle, un mondo sanitario tutto diverso: alla monarchia ha fatto seguito un tessuto repubblicano, il paternalismo è stato sostituito da rapporti egualitari, le regole etiche che riguardano l'informazione sono state riformulate. Potremmo drammatizzare il cambiamento immaginando un Rip van Winkle del nostro tempo che, ricoverato in ospedale per un intervento, si vedesse sottoposto un modulo di consenso informato da firmare. Avrebbe tutte le ragioni per domandarsi che cosa è avvenuto durante il sonno. Ma non meno stupiti sono i nostri concittadini che, in un periodo di tempo non superiore al sonno attribuito al personaggio letterario, hanno vissuto la trasformazione di rapporti consolidati nel tempo. Il cambiamento in corso riguarda tutti: i professionisti sanitari, i cittadini nel ruolo di pazienti, i loro familiari.

2. INFORMAZIONE E CONSENSO

La teorizzazione del nuovo modello di medicina è stata il compito storico del movimento della bioetica. Ha avuto origine negli anni '70 in ambito anglosassone, ma si è rapidamente diffusa anche nei paesi di cultura latina. La transizione nella pratica è ancora in corso e sta avvenendo non senza equivoci e conflitti. Una traccia affidabile del cambiamento in atto è costituita dalle revisioni alle quali i medici italiani hanno sottoposto il loro Codice deontologico negli ultimi decenni. Puntualmente, a ogni tappa della riflessione degli Ordini professionali sulle norme che devono regolare l'esercizio della professione troviamo l'eco del cambiamento che stava avvenendo nella società e a cui la bioetica dava voce. A cominciare dalle questioni relative all'informazione (il medico è tenuto a informare della diagnosi e della prognosi, dei trattamenti alternativi, dei rispettivi benefici e rischi? A chi va data l'informazione?) e al consenso ai trattamenti (è corretto presumere che il paziente accetti quanto il medico ha previsto per il suo bene, oppure va chiesto un consenso esplicito?). Il punto di partenza è efficacemente esplicitato dal Codice deontologi-

co del 1978, che riflette l'etica medica tradizionale. Il consenso del paziente è presente (capo III), ma è previsto restrittivamente solo per atti medici che comportino un rischio; se poi il paziente rifiuta gli interventi proposti, il medico "deve chiedere il rilascio di una dichiarazione liberatoria da parte dell'interessato o dei suoi familiari" (art. 39). Il consenso gravita quindi nell'orbita di una medicina difensiva. Il problema principale è tuttavia costituito dal fatto che l'informazione è a discrezione del medico; e in ogni caso è destinata più ai familiari che al paziente:

"Una prognosi grave o infausta può essere tenuta nascosta al malato, ma non alla famiglia" (art. 30).

Un consenso senza un'informazione adeguata non incide minimamente nel paradigma paternalistico, secondo il quale è il medico che decide se è opportuno che il malato sia informato di ciò che costituisce la realtà della sua malattia. Secondo il modello ideale del paternalismo, era dovere del medico valutare se fosse un bene per il malato essere informato, oppure se non era più vantaggioso per lui essere tenuto all'oscuro. La volontà del malato non aveva rilevanza, né giuridica né morale; tanto meno si parlava di un suo diritto a essere informato e a partecipare alle scelte terapeutiche. L'orientamento non è cambiato nella revisione del Codice datata 1989. L'informazione al paziente è ancora un *optional* e la famiglia è considerata l'interlocutore privilegiato del medico:

"Il medico può valutare opportunità di tenere nascosta al malato e di attenuare una prognosi grave e infausta, la quale dovrà essere comunque comunicata ai congiunti" (art. 39).

La transizione dalla "famiglia" ai "congiunti" è stata deliberata. Anche in Italia, infatti, l'immagine tradizionale della famiglia, in cui le relazioni esistenti di fatto rispecchiano sostanzialmente ciò che risulta all'ufficio di stato civile, stava cedendo il passo a situazioni più mobili e irregolari. La nuova formulazione permetteva di equiparare alla famiglia anche un convivente, ovvero chiunque avesse un rapporto significativo con il malato. L'impianto rimaneva tuttavia lo stesso: il vero interlocutore del medico era il familiare, o congiunto, non la persona malata.

Sia il Codice del 1978 che quello del decennio successivo menzionano la volontà dal paziente:

"In ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il proprio comportamento" (1978, art. 30).

Nella versione del 1989 questa volontà viene più enfatizzata, perché si specifica che "deve rappresentare per il medico elemento determinante al quale ispirare il proprio comportamento" (art. 39). Tuttavia non si tratta di una vera adesione al principio del-

l'autonomia del malato, tant'è vero che il ruolo della famiglia non viene attenuato ma piuttosto accentuato: il medico deve comunicare diagnosi e prognosi ai congiunti, anche quando ha deciso di non informare la persona malata; questa appare essere la prassi routinaria nei casi di prognosi grave o infausta.

Si intravede sullo sfondo l'*ethos* di quella struttura familiare che la ricerca antropologica ha chiamato familismo: il gruppo familiare conta più dell'individuo. In compenso di questa cessione di diritti, il malato acquisisce il privilegio di essere protetto dai mali che si abbattono su di lui. Questo comporta meccanismi di controllo sociale che orientano le scelte degli individui e dei gruppi. Particolarmente nelle situazioni di crisi, come è al massimo grado una malattia a prognosi infausta, la regia delle decisioni viene sottratta all'individuo e assunta dal gruppo familiare.

L'innovazione – o piuttosto il cambiamento radicale – è intervenuta con la redazione del Codice deontologico del 1995. Un intero paragrafo, l'articolo 29, esplicita il comportamento che il medico deve tenere nell'informare il paziente, il quale appare come il diretto interlocutore del sanitario e l'unico titolare delle notizie di diagnosi e prognosi che lo riguardano. Va esplicitato che solo con la redazione del Codice del 1995 appare il concetto di consenso informato, che era estraneo alla deontologia medica tradizionale (articolo 31). L'informazione alla famiglia (articolo 30) recede sullo sfondo, o piuttosto è condizionata dalla volontà del malato di coinvolgere i suoi congiunti. Viene quindi delegittimata la prassi tradizionale, che affidava a questi ultimi il giudizio di opportunità se informare o no il paziente stesso.

La successiva revisione del Codice, datata 1998, introduce un ulteriore giro di vite nell'informazione rivolta ad altre persone diverse dal paziente stesso, in quanto recepisce le norme introdotte nel frattempo che regolano la privacy (legge 675/1996: *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*). In accordo con la nuova prospettiva, anche le persone più vicine affettivamente al paziente vengono considerate terze parti rispetto al medico e al malato.

Nello stesso Art. 31 l'informazione a terzi: L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri. In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

L'evoluzione delle regole comportamentali proposte dai Codici deontologici medici circa l'informazione, il consenso e il coinvolgimento della famiglia fa emergere due modelli ideali: uno centrato sull'individuo e rivolto a tutelare la sua autonomia, l'altro orientato alla persona nella sua dimensione relazionale e preoccupato di promuovere la solidarietà. Il modello individualista-autonomista è il più recente. In contesti culturali nei quali la priorità è data ai vincoli interpersonali (famiglia e comunità come soggetti che prendono le decisioni) il diritto dell'individuo di essere informato e

di decidere diventa dirompente rispetto al modello della tradizione.

Lo spostarsi del pendolo verso l'autonomia non ha l'aria di essere un'oscillazione dovuta alla moda: la cultura della modernità sente che è giusto non privare l'individuo delle informazioni che fanno di lui un soggetto, e non solo un oggetto di cure premurose. L'autonomia pone un limite al paternalismo medico e tutela l'individuo dalle intrusioni della famiglia. Questa può essere una realtà agglutinante, che si sovrappone all'individuo. Quando il medico prende le decisioni con il consenso della famiglia, scavalcando la volontà della persona malata, rischia di colludere con i familiari, ai danni del paziente. Nei casi peggiori possiamo ipotizzare situazioni in cui i familiari hanno interessi a decisioni cliniche che prevedono un accorciamento della speranza di vita del malato (per un testamento, un'eredità ecc.). Sono casi di rilevanza giudiziaria: l'etica è assente.

Più insidiosi sono i casi in cui la famiglia cerca un'alleanza strategica col medico che tagli fuori il malato dall'informazione non per motivi volgarmente utilitaristici o addirittura criminali, ma ispirata da ragioni nobili. Sono le situazioni in cui la famiglia fa quadrato attorno a colui su cui incombe una prognosi infausta per risparmiargli sofferenze morali. La famiglia sceglie, d'accordo con il medico, di sottrarre l'informazione al paziente per il suo bene, ossia per evitargli uno shock.

Una rappresentazione di situazioni che la gestione delle informazioni da parte dei familiari potrebbe creare è fornita dal film *Goodbye Lenin*, del regista tedesco Wolfgang Becker (2002). Protagonista è una signora di Berlino est. A seguito di un arresto cardiaco, cade in coma, dal quale si risveglia dopo in un certo tempo. Tra le raccomandazioni che i medici danno ai familiari prima di portarla a casa, c'è quella di evitarle ogni forte emozione, che potrebbe procurare un nuovo infarto. Ora, mentre la paziente era in coma, è avvenuto il crollo del muro e la caduta del regime comunista; e la signora era una fervente militante comunista, convinta della superiorità del sistema di vita socialista su quello di mercato proprio delle democrazie occidentali. L'impegno dei familiari si concentrerà nel tenerle nascosto l'evento. Le creano un mondo artificiale, con mille stratagemmi. Arrivano perfino a proiettarle falsi telegiornali, creati appositamente, con i protagonisti del passato regime. Con la complicità, più o meno consapevole, della protagonista, l'inganno funziona: riesce a morire senza rendersi conto della fine dei suoi ideali. Sotto il velo leggero della commedia, riconosciamo molte situazioni paradossali create dall'imperativo di proteggere, con la complicità della famiglia, il malato dalle verità scomode. In questo modo, però, non solo viene sottratta all'individuo la possibilità di confrontarsi consapevolmente con il proprio destino, se questa è la sua preferenza, e di prendere le decisioni opportune in tempo utile. Ciò che è peggio, la protezione che la famiglia crea attorno al malato per tenere lontane le cattive notizie lo isola dai familiari stessi che sanno e minaccia di murarlo in una solitudine emotiva e relazionale. Benché motivata dalla volontà di pren-

dersi cura del proprio congiunto, una iperprotezione di questo genere si rivela ambigua e controproducente. La congiura del silenzio, che vede alleati sanitari e familiari, era legittimata dalle norme deontologiche in vigore fino al 1989. Il modello fatto proprio dalle versioni più recenti del Codice deontologico autorizza il medico, quando le famiglie adottano strategie che privano il malato della sua autonomia, a osare di affrontare la disapprovazione della famiglia, per tutelare il diritto del malato a gestire la propria vita. Il progressivo riconoscimento del ruolo che spetta alla volontà della persona malata trova un riscontro nelle successive modifiche del Codice relativamente alla volontà del paziente che abbia perduto la facoltà di esprimersi. Nella versione del 1995 la volontà del paziente relativamente ai trattamenti medici è riconosciuta, ma con restrizioni:

“La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare il comportamento del medico, entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale” (art. 29).

Non è solo la libertà professionale del medico che limita la volontà del malato; ancor più la condiziona il fatto che deve essere “attualmente” espressa: così le volontà precedenti alla perdita della capacità non sono da considerare come vincolanti. Sappiamo come la clausola dell’“attualità” della volontà espressa dal malato sia stata utilizzata in situazioni in cui era chiara la volontà precedente, dopo che la progressione della malattia aveva posto il paziente in una condizione di incapacità (per es. per trasfondere Testimoni di Geova che avevano escluso la trasfusione, quando la progressione della malattia li avesse resi incapaci di esprimersi: la volontà precedente non veniva più considerata attuale).

Nella versione del 1998 è stata introdotta una attenuazione del modello paternalistico duro, secondo il quale, nel caso di un paziente attualmente incapace, è il medico che decide “in scienza e coscienza”:

“Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di pericolo grave di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso” (art. 34).

La doppia negazione (non può non tener conto...) esprime con imbarazzo la resistenza ad accedere pienamente al modello centrato sul riconoscimento dell’autonomia personale. L’esitazione sarà superata nella redazione del Codice del 2006:

“Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato” (art. 38).

I medici italiani hanno fatto propria l’indicazione contenuta nella Convenzione eu-

ropea sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Oviedo, 1997; la Convenzione è stata ratificata dal Parlamento italiano con la legge n. 145, il 28 marzo 2001) che dà valore vincolante alle direttive anticipate:

“I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente, che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione” (art. 9).

Con un disegno progressivo e coerente, il Codice deontologico ha attribuito un crescente valore etico alla volontà della persona di ricevere un trattamento; ancor più, ha evidenziato che un processo informativo è il presupposto indispensabile perché si possa parlare di consenso informato. Il rispetto dell'autonomia personale è stato esteso anche nelle situazioni alle quali al medico risultino valori e preferenze precedentemente espresse, anche se il paziente non è attualmente in grado di farle valere. Informazione e consenso sono diventati il pilone portante del nuovo modello di etica in medicina.

3. LE BUONE DECISIONI IN MEDICINA, OVVERO LE TRASLOCAZIONI DEL POTERE

Iscrivere l'informazione e il consenso nella definizione della buona medicina destabilizza la relazione terapeutica tradizionale che si estende, praticamente, dalla medicina ippocratica fino allo spirare del XX secolo. Nel giro di pochi decenni quel rapporto stabile è entrato in fibrillazione e si è rapidamente sfaldato. La transizione verso i nuovi modelli è ancora in corso; mentre la teorizzazione è solida, la pratica fa fatica ad adeguarsi. Il cambiamento della relazione, essendo saldamente radicato nella cultura, ha bisogno di un tempo molto maggiore di quello richiesto dalla riscrittura delle regole formali. Al momento non è possibile prevedere la fisionomia che il rapporto tra sanitari e cittadini è destinato ad assumere nel prossimo futuro. Le difficoltà attuali non autorizzano una idealizzazione del passato. Forme conflittuali nella relazione terapeutica sono sempre esistite, tanto che lo storico della medicina Edward Shorter ha potuto titolare un saggio dedicato al tema come: *La tormentata storia del rapporto medico paziente*. Ma le tensioni che caratterizzano la fase odierna di transizione hanno ragioni profonde e strutturali; non sono tutte interne alla medicina e soprattutto sono largamente indipendenti dai comportamenti dei singoli. Per dirlo con le parole di Shorter: “Il fatto che tra i medici e i pazienti divampi uno scontro senza precedenti non ha nulla a che fare con i vizi e le virtù private. I medici non sono né “brutali”, né “avidì”, così come i pazienti non sono né “stupidi” né “isterici”. Le origini del conflitto sono da ricercare piuttosto nelle ben più profonde forze storiche di cui sono inconsapevoli gli uni e gli altri”¹.

L'invito a superare una lettura moralistica dei conflitti così frequenti oggi in medici-

na ci induce a cercare una causa più ampia che spieghi il malessere. La traslocazione del potere in medicina è appunto la faglia profonda che, muovendosi, ha provocato eventi catastrofici in superficie. La questione del potere è centrale nell'analisi del rapporto tra medici e malati. L'esercizio della medicina presuppone il riconoscimento al medico del potere di curare; nel tempo, tuttavia, questo potere ha cambiato forma ed espressioni. Ha subito "traslocazioni" (mutuando un termine dalla genetica che, mentre connota il potere come patrimonio ereditario dell'arte medica, rimanda a possibili espressioni fenotipiche molto diverse le une dalle altre). Nel modello tradizionale, che a ragione è chiamato ippocratico, il medico esercita sul malato un potere esplicito, senza complessi di colpa e senza bisogno di giustificazioni. Il potere si regge intrinsecamente sulla finalità che lo ispira: è esercitato per il bene del malato. A illustrazione di questo modello Giorgio Cosmacini cita Rodrigo De Castro, un medico del XVII secolo, che nel suo trattato *Medicus politicus* arriva ad affermare: "Il medico governa il corpo umano, così come il sovrano governa lo Stato e Dio governa il mondo"². Si tratta di un potere assoluto, in cui chi sta in posizione dominante (*one up*) determina in modo autoreferenziale che cosa è autorizzato a fare a beneficio di chi sta in posizione dominata (*one down*). Nel caso specifico della medicina, il medico stabilisce la diagnosi, indica l'opportuna terapia e la esegue senza bisogno di informare il malato e senza necessità di ottenere un serio consenso, se non quello implicito nell'affidamento fiduciale. Nessun dovere esplicito gli richiede di dar conto al malato, né della diagnosi, né della terapia prescritta. Obblighi di informazione e di coinvolgimento nelle scelte sussistono invece nei confronti dei familiari del paziente, che sono i veri interlocutori del medico e sottoscrivono con lui l'"alleanza terapeutica". Questo modello, che costituiva la spina dorsale dell'etica medica, è stato in vigore in Occidente ininterrottamente per 25 secoli. La buona medicina poteva – doveva – interrogarsi se le decisioni prese "in scienza e coscienza" fossero giustificate dalle conoscenze mediche e se fossero davvero orientate al miglior interesse del malato; ma non richiedeva al medico di includere le preferenze del paziente tra gli elementi che determinavano le decisioni. La volontà stessa del paziente era, al limite, irrilevante, qualora il medico fosse in grado di far valere il suo punto di vista, cui veniva riconosciuto il peso della competenza professionale.

La "modernizzazione" della medicina, avvenuta nell'arco temporale di pochi decenni del XX secolo, ha messo in crisi il modello tradizionale del potere medico. Le radici del cambiamento di paradigma affondano nella rivendicazione di un potere di autodeterminazione da parte dell'individuo sulle decisioni che riguardano il suo corpo. Si tratta di quella "uscita da una minorità indebita", indicata da Kant in un celebre scritto del 1784 come il segno distintivo dell'entrata nei tempi nuovi³. In medicina il cambiamento è stato registrato due secoli dopo la sua teorizzazione e con molto ritardo rispetto ad altri ambiti della vita; ma alla fine ha avuto luogo.

Il nuovo scenario autorizza a immaginare una medicina esercitata in un contesto plurale: se non di pratiche terapeutiche (vedi la questione delle medicine complementari che comportano concezioni antropologiche diverse da quelle che sottostanno alla medicina accademica), sicuramente di orizzonti etici e di valutazioni morali. La possibilità che i giudizi del medico e del paziente su ciò che è bene/opportuno/auspicabile fare possano divergere non è più un'evenienza remota, ma un'ipotesi frequente; compresa la possibilità che la divergenza etica possa anche diventare conflitto. Il conflitto più difficile da analizzare e da risolvere non è quello tra pazienti e "cattivi" medici (o, inversamente, tra medici e "cattivi" pazienti, in quanto chiedono prestazioni mediche proibite dalla legge o condannate dall'etica), bensì il conflitto tra operatori sanitari e cittadini che gravitano in mondi morali diversi e ispirano il proprio comportamento a valori ideali contrapposti.

Nel Codice deontologico si è espressa la preoccupazione costante di non proporre lo scioglimento del possibile conflitto in termini di prevaricazione di uno dei contendenti sull'altro: né il medico sul paziente, ma neppure il paziente sul medico. Nel Codice del 1978 le fattispecie considerate erano ancora interventi piuttosto rari e di carattere estremo (si prevede che il medico possa rifiutare la propria opera "nel caso di sterilizzazione, aborto o interventi di plastica": art. 28). Successivamente (Codice del 1999 e del 1998, art. 19) è stata introdotta una limitazione al rifiuto dell'opera professionale del medico: che "questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita". Infine, nella versione del 2006, art. 22 "Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica", si raccomanda al medico, nel caso di un rifiuto di opera che contrasti con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, di "fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento". Lo scenario della relazione acquista sempre più il profilo di una alleanza terapeutica, all'interno della quale sono chiamati a confrontarsi due soggetti autonomi, che hanno sguardi diversi sulla decisione da prendere (competenza scientifico-clinica il medico, interessi vitali ed esistenziali il malato) e possono anche giungere a giudizi morali argomentati in contrasto tra di loro. Malgrado le differenze, possono parlarsi, confrontarsi, elaborare posizioni condivise, o magari dissociate: sempre, tuttavia, nel rispetto della reciproca autonomia come soggetti morali. Le decisioni cliniche non possono più essere imposte, ma devono essere condivise; analogamente, le scelte etiche vanno concordate, senza escludere la possibilità di onorevoli compromessi.

4. CONFLITTO DI INTERESSI O PLURALITÀ DI ESIGENZE ETICHE?

Il recente Codice di deontologia dei medici italiani, approvato nel dicembre 2006, contiene un articolo dedicato al "conflitto d'interesse", corredato di una linea-guida per l'applicazione. Seguendo questa indicazione, ci confrontiamo con un ulteriore cambiamento intervenuto nell'etica in medicina.

La descrizione del conflitto è contenuta nell'art. 30: "riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione". Le linee guida applicative dettano poi norme specifiche riguardanti, rispettivamente, la ricerca scientifica, l'aggiornamento e formazione e la prescrizione di farmaci. L'interesse primario del medico – afferma il Codice – non deve essere "indebitamente influenzato da un interesse secondario". La definizione di conflitto di interesse coincide ampiamente con quella già proposta da Marco Bobbio, secondo il quale si ha conflitto di interesse quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute del paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca o l'oggettività della prestazione di un'informazione) tende a essere indebitamente influenzata da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale)⁴.

Nel modello ideale di buona medicina che ci è stato lasciato in eredità dalla tradizione gli interessi del medico e quelli del paziente erano allineati e confluenti. Il medico era idealmente rappresentato come un professionista "disinteressato". La coscienza del medico – chiamato, secondo la formula standardizzata, a prendere le decisioni "in scienza e coscienza" – era la migliore garante che il corso delle cose fosse rivolto per garantire il bene del paziente; a questi era richiesto di affidarsi al medico con fiducia. Soprattutto la tradizione della medicina liberale si è fatta paladina di questa strutturazione dei rapporti, coprendo con il manto della deontologia professionale ogni scenario di conflitto e tendendo a escludere, come una ingerenza indebita, ogni intervento di terze parti nel rapporto medico-paziente, compresa la presenza stessa dello Stato con il suo Servizio sanitario.

L'ostilità degli Ordini professionali dei medici alle modalità socializzate di assistenza sanitaria, in nome del modello liberale, è riscontrabile in molti Paesi. Quando le assicurazioni obbligatorie di malattia si sono diffuse come forma di copertura, i medici si sono opposti a quello che veniva definito "pagamento di terze parti". È esemplare, in tale senso, la posizione dell'American Medical Association, che negli anni '30 del Novecento si opponeva all'assicurazione sanitaria nazionale: sosteneva che l'interferenza pubblica attraverso i sistemi assicurativi era chiaramente contraria agli interessi del paziente, difesi dall'etica medica tradizionale.

Ai nostri giorni il conflitto di interessi non è più un'ipotesi impronunciabile per descrivere ciò che avviene nell'ambito della medicina. Anche il Comitato nazionale per la Bioetica ha prodotto un documento che prende in considerazione un ampio ventaglio di conflitti ai quali sono esposti sia il medico ricercatore che il clinico⁵. L'inventario delle situazioni nelle quali possiamo identificare possibili conflitti è molto ampio: il conflitto può riguardare il rapporto tra ricerca e pratica clinica (gli obblighi

dei ricercatori nei confronti del progetto di ricerca possono confliggere con i loro obblighi nei confronti dei singoli pazienti), tra didattica e terapia (l'uso dei pazienti per l'apprendimento degli studenti di medicina contrasta con il diritto del paziente di essere informato sull'abilità di chi interviene su di lui), tra sanità pubblica e medicina privata, tra gli interessi aziende farmaceutiche e quelli di una medicina che si propone di evitare pericolosi abusi consumistici dei farmaci. Infine, quasi sinonimo di conflitto di interessi in quanto tale, c'è l'incidenza del sistema di compensazione dell'attività del medico o di finanziamento degli ospedali. È sicuramente apprezzabile lo sforzo del Codice deontologico di portare chiarezza in un ambito della professionalità medica tra i più discussi della nostra società. Sembra, tuttavia, che questa prima formulazione dei conflitti di interesse presenti nella professione del medico sia ancora tentennante. L'incertezza emerge se confrontiamo l'art. 30 del Codice, dedicato tematicamente al "conflitto di interesse", con l'art. 6, che delinea la qualità professionale del medico. L'art. 30 lascia intendere che l'interesse del medico sia uno solo: la salute, appunto, dei cittadini. Ciò che può entrare in conflitto con quell'interesse, così come viene esplicitato nelle linee-guida applicative, ha un carattere contingente. L'art. 6, invece, presenta una realtà ben più complessa. Per essere un "buon medico", il professionista non può limitarsi a fornire le migliori cure al malato che ne ha bisogno, così come le identifica la "scienza" medica oggi, ma deve contestualmente promuovere la capacità della persona di partecipare alle scelte che lo riguardano e tutelare l'accesso ai servizi sanitari dei più svantaggiati:

"Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure" (art. 6).

La formulazione del Codice è ricalcata sulla "Carta della professionalità medica", promossa dalla European Federation of Internal Medicine e dall'American Board of Internal Medicine, pubblicata congiuntamente da *Lancet* e dagli *Annals of Internal Medicine* nel 2002⁶. Nel descrivere le responsabilità dei medici la Carta fa riferimento ai tre principi fondamentali evidenziati dal movimento della bioetica: il principio della centralità del benessere dei pazienti, il principio dell'autonomia dei pazienti e il principio della giustizia sociale. In questa ottica il nuovo profilo della responsabilità professionale richiede di misurarsi non con un solo parametro – il bene del paziente – bensì con tre; né si può definire un buon esercizio della professione medica quello in cui il sanitario non abbia a cuore la promozione di tutti e tre questi obiettivi. Gli interessi del medico – dai quali non può prescindere la buona medicina – si estendono dalla somministrazione delle cure efficaci alla preoccupazione per un'equa allocazio-

ne delle risorse, passando per l'*empowerment* del cittadino. Gli interessi, perciò, sono plurali; l'idea che uno – la salute del malato – sia prioritario e gli altri vengano in seconda linea non trova giustificazione in questa visione. Il medico deve fare il bene del malato, ma deve farlo nel modo giusto – rispettando la sua autonomia – senza dimenticare i suoi doveri di assistenza nei confronti di tutti quelli che hanno diritto e bisogno, promuovendo sistemi sanitari equi. Questi interessi potrebbero essere idealmente allineati, ma realisticamente possiamo immaginarli in conflitto. Il conflitto di interessi, così formulato, ha un carattere non contingente ma necessario.

In questa prospettiva bisogna ripensare anche alla conflittualità tra gli interessi. La parola "conflitto" ha una connotazione per lo più negativa; sta a significare una situazione indesiderabile, che si dovrebbe prevenire o quanto meno risolvere, eliminando i conflitti. Ma se gli interessi sono plurali, è ipotizzabile che possano scontrarsi tra di loro. Anzi, il conflitto dovrà essere previsto come la regola, piuttosto che come l'eccezione. E la saggezza consisterà non nel neutralizzare qualcuno dei legittimi interessi, ma nel comporli tra di loro, con soluzioni creative.

Le linee guida allegate al Codice deontologico del 2006 hanno di mira regole per impedire conflitti di interesse contingenti nell'ambito della sperimentazione, della formazione dei medici e della prescrizione di farmaci. Auspichiamo che siano efficaci. Ci sentiamo invece ancora al capolinea per quanto riguarda sussidi per affrontare i conflitti necessari, che sono quelli che oppongono i medici non all'industria – come nei casi menzionati – ma ai cittadini e ai manager. Potrebbero forse essere di aiuto i comitati per l'etica clinica. In alcune regioni italiane – per es. il Veneto e la Toscana – è stata deliberata la loro creazione e promosso il loro intervento allo scopo di esplicitare i problemi etici che si presentano nella pratica della medicina ed eventualmente offrire un aiuto per comporre situazioni conflittuali. Ma avremmo bisogno di conoscere più esperienze positive in questo ambito.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1 Edward Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, tr. it. Feltrinelli, Milano 1986, p. 10.
- 2 Giorgio Cosmacini, *Medicina e mondo ebraico. Dalla Bibbia al secolo dei ghetti*, Laterza, Roma-Bari 2001, p. 137 s.
- 3 Immanuel Kant, *Risposta alla domanda: che cos'è l'Illuminismo?* In *Scritti politici e di filosofia della storia e del diritto*, Utet, Torino 1975, pp. 141-149.
- 4 Marco Bobbio, *Giuro di esercitare la professione medica in libertà e indipendenza*, Einaudi, Torino 2004.
- 5 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Conflitti d'interessi nella ricerca biomedica e nella pratica clinica*, 2006.
- 6 *Carta della professionalità medica*, in *Janus* n. 6, estate 2002, pp. 96-102.