



CODICE 3 | Alla base deve esserci il rapporto medico-paziente

NESSUN CODICE PUÒ NORMARE TOTALMENTE LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

di Gemma Migliaro *

Vede la luce un nuovo Codice di deontologia dei medici. E' il frutto di un lungo e a tratti estenuante lavoro iniziato nell'estate di due anni fa. Fra le molte considerazioni e osservazioni che si potrebbero fare se ne scelgono due.

Una modifica rilevante ha riguardato l'identificazione semantica del "soggetto" cui si rivolge l'operato del medico: dove c'era il "paziente" ora c'è la "persona assistita". Secondo A. Bianco presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici il termine "persona assistita" non identifica il malato (in ospedale o in ambulatorio), ma "una persona con un'identità morale, culturale e civile". Egli sostiene che la scelta di sostituire il termine paziente nel nuovo codice deontologico è maturata con l'intenzione di cogliere meglio il senso dell'attuale sfida della medicina. Questa consiste, sempre secondo Bianco, non solo nella cura al malato, ma anche nella promozione della salute e della persona.¹ Insomma dobbiamo prendere atto che il compito del medico si amplia e di molto. Già Hans Jonas aveva sostenuto che l'arte medica aveva aggiunto al suo bagaglio un altro aspetto « che [...] è venuto ad affiancarsi, come conseguenza dello sviluppo sociale e tecnico, all'immagine tradizionale, spostando il medico dal ruolo di guaritore a quello di artista del corpo con scopi da definirsi. Se abbiamo detto che la regola per determinare le finalità dell'arte medica è la natura, ora bisogna aggiungere che oggi anche fini che vanno al di là di tale regola, persino quelli che gli vanno contro, reclamano per sé l'arte medica, e alcuni medici sono *de facto* al loro servizio». ² La medicina, da tradizionale "arte di guarire" basata sulla facoltà di giudizio riguardo al singolo paziente e sulla cura generale della persona è oggi diventata "tecnica medica", cioè "normalizzazione della malattia e cura del solo corpo". Possiamo qui osservare come Jonas avesse intravisto ciò che ora si sta verificando: l'esistenza cioè di una "medicina per i malati" e una "medicina per i sani". L'introduzione del nuovo articolo 76 "Medicina potenziativa ed estetica" ne rappresenta la dimostrazione. In esso si prefigura la valutazione dell'opportunità deontologica di effettuare interventi medici il cui unico scopo sia il potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo.

¹ Cfr. dichiarazione di A. Bianco all'ADN Kronos Salute 21 agosto 2013.

² H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*

La modifica terminologica apportata al codice deontologico attesta e sancisce anche questo ampliamento degli scopi della professione senza che su di essi però sia stata effettuata una attenta valutazione critica. Si vuole qui sostenere che non sempre "tutto quello che si può fare di deve fare" e soprattutto che per il fatto che "si può fare" non necessariamente rappresenta un bene, un miglioramento per la persona e la società. Verrebbe allora a perdere di significato e utilità una deontologia medica perché «se bastasse la sola volontà ad istituire un valore allora non ci sarebbe bisogno di alcuna argomentazione: ogni scelta determinerebbe di fatto un bene morale, un valore». ³

La seconda osservazione riguarda gli aspetti più propriamente deontologici nel senso di "norme che regolano la Professione" perché questa è la funzione di un Codice. E' indubbio che il lavoro sulle modifiche alle due bozze succedutesi, svolto dai Consigli Provinciali ma anche da bioeticisti, giuristi, filosofi con ampia risonanza mediatica, ha rappresentato una grande occasione per molti per "ripensare" ai contenuti della professione medica. Dobbiamo dare atto che ha rimesso in moto la riflessione personale dei medici, il lavoro di approfondimento in alcuni Consigli, la discussione mediatica e non solo fra addetti ai lavori. Ha messo però in ombra la riflessione su un'altra e non meno determinante funzione del Codice: quella di essere un insieme di regole vincolanti per la professione medica che indicano cioè i diritti ma anche i doveri del medico. Pochi hanno ricordato che negli Ordini si svolgono i cd "Procedimenti Disciplinari" e che ogni Ordine provinciale può comminare sanzioni che vanno fino alla radiazione dall'albo professionale. Questo è accaduto anche perché da alcuni anni diritti e doveri del medico vengono spesso stabiliti dalla Magistratura attraverso sentenze. Si rivolgono alla Magistratura le "persone assistite" a vario titolo scontente dell'operato del medico, spesso con uno scopo meramente risarcitorio ma anche coloro che pretendono prestazioni che la buona pratica clinica, supportata da corpose dimostrazioni scientifiche, ha loro negato. In conseguenza di ciò la pratica della medicina difensiva avanza anche in Italia a grandi passi. Inoltre la progressiva aziendalizzazione della sanità, finalizzata ad un doveroso risparmio di risorse, ha caricato i medici di incombenze gestionali e amministrative, compiti cui nessuna università li aveva preparati.

³ A. Pessina, *Eutanasia*



Ebbene, la nuova stesura del Codice sembra voler fornire un "riparo" a tutto questo. Dettagliando e normando molte pratiche e procedure mediche ma anche organizzativo-gestionali sembra offrire una maggior tutela al medico e quindi al paziente.

Ma nessun codice potrà mai normare totalmente la responsabilità professionale che si esplica nella relazione medico paziente.

La modifica dell'articolo 22, fin dal titolo (da "Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica" a "Rifiuto di prestazione professionale") evidenzia come, per una giusta esigenza di tutela dei "diritti" del medico e della persona assistita, si sia pericolosamente ridotto lo spazio della responsabilità personale. (riducendo tra l'altro la "coscienza" a "convincimenti etici"). A. Pessina a riguardo della responsabilità professionale sostiene che «possiamo esprimere questa tesi ponendo a tema la responsabilità umana e non soltanto professionale del medico. Non si è forse riflettuto abbastanza sul fatto che l'azione del medico lo coinvolge umanamente, anche qualora volesse estraniarsi psicologicamente dalla situazione, affidandosi alle regole impersonali della buona prassi medica, o restando formalmente fedele alla deontologia.[...]. C'è un livello, invisibile agli occhi altrui, della professione medica che ha che fare con la coscienza personale del medico come uomo, come soggetto che costruisce la propria identità personale, come colui che, al pari di ogni suo simile, si guarda ogni mattina allo specchio e fa un bilancio del proprio esistere...»⁴ Se poi affrontiamo il tema dei diritti (che da solo richiederebbe una trattazione per l'onnipresenza di questo termine nella prassi sanitaria quotidiana) sempre lo stesso autore ci aiuta a chiarire che: «Il *diritto* si pone come espressione di una relazione: non ci sono, propriamente parlando, diritti individuali che non siano anche diritti relazionali, perché affermare un diritto significa sempre avanzare una richiesta verso *altri*. Da questo punto di vista, perciò i *diritti dei malati* non sono altro che l'espressione dei diritti dell'uomo dentro la situazione della malattia. La malattia, la sofferenza, il dolore, infatti, sono aspetti della condizione umana e non determinano categorie di uomini o di funzioni sociali (come per esempio, invece, l'essere medico o l'essere insegnante): i diritti alla cura, alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, pertanto, sono tutti espressioni del più basilare diritto alla vita.»⁵



* Dirigente medico presso E. O. Ospedali Galliera,
Genova
Presidente Associazione Scienza & Vita Genova

⁴ A. Pessina, *Curare e prendersi cura*, cit.

⁵ A. Pessina, *Eutanasia*