

Aspetti etici nella decisione medica

Giorgio Bert

Queste riflessioni mi sono suggerite da un processo contro due medici in cui sono stato coinvolto come perito di parte, e dalla recente riedizione di un libro (*Philosophy of medicine*, di Wulff, Pedersen e Rosenberg, Blackwell, Oxford 1990), la cui attenta lettura sarebbe fondamentale per ogni medico, e che di conseguenza non verrà, presumo, né tradotto né tanto meno studiato all'università.

Ecco il fatto. La scena innanzi tutto: un ospedale di provincia, la sera del primo dell'anno. Si presenta al Pronto Soccorso un uomo sulla sessantina accompagnato dal proprio medico curante; l'uomo, R. A., lamenta un dolore toracico, prevalentemente a destra, che migliora con cambiamenti di posizione e le eruttazioni. R. A. ha avuto un infarto circa venti anni prima e da allora non ha più avuto disturbi cardiaci; continua a fumare molto, a bere e a mangiare abbondantemente e soffre di gastrite cronica. L'elettrocardiogramma non mostra segni di infarto in atto: il cuore è ingrandito e sono presenti anomalie da generica sofferenza cronica. Gli enzimi cardiaci (sostanze che compaiono nel sangue circa due ore dopo un infarto acuto) risultano nella norma. Il sig. R. A. viene comunque consigliato di fermarsi in ospedale per la notte, cosa che lui rifiuta drasticamente, allegando problemi familiari e personali. Gli viene allora suggerito di restare almeno in casa a riposo e di ripresentarsi nel caso che il dolore, al momento attenuato, si riaccentui.

R. A. si ripresenta il mattino seguente per un nuovo controllo, in quanto il dolore è ricomparso durante la notte. L'ECG è tuttora poco significativo, e il sig. R. A. si rifiuta di perdere tempo in sala d'aspetto in attesa dell'esito degli enzimi cardiaci e se ne va a casa nonostante il parere dei medici. Due ore dopo, il responso: positivo per infarto acuto. Il sig. R. A. viene rintracciato telefonicamente e acconsente finalmente a ricoverarsi; muore nel pomeriggio per shock cardiogeno irreversibile.

Il processo nasce da una denuncia della vedova; secondo questa (e secondo il Pubblico Ministero), i medici sono colpevoli come minimo di omissione di atti di ufficio, non avendo obbligato il sig. R. A. a ricoverarsi fin dalla sera del primo gennaio. In particolare la tesi del P.M. è che, se esiste una possibilità, ancorché minima e non dimostrabile con certezza, che un paziente possa avere un infarto, esso deve essere comunque trattenuto in ospedale; e questo indipendentemente dalla sua volontà, anche a costo di esagerare la gravità della diagnosi per spaventarlo, o perfino di somministrargli quasi a forza un sedativo. Tutto questo, è ovvio, per il suo bene.

Situazioni del genere si fanno sempre più frequenti nella pratica medica, ed è invero conquista non negativa da parte del cittadino il diritto a capire se un determinato comportamento medico sia stato o meno corretto sul piano tecnico. Il fatto è che il cittadino (e il P.M. che rappresenta i cittadini e pensa come loro), sembra essere convinto delle seguenti cose:

- La medicina è una scienza, e come tale si basa su dati obiettivi e su conoscenze precise e verificabili.
- Obiettività e verificabilità sono rese possibili da un ampio armamentario tecnologico, più o meno sofisticato, cui è improbabile che sfuggano le informazioni chiave per la diagnosi.
- Il quadro e il decorso clinico si ripetono, con poche varianti, in tutti i pazienti affetti dalla malattia; in altri termini, i malati si somigliano tra loro assai più dei sani.
- Il medico procede quindi, più o meno come un elaboratore, secondo algoritmi e protocolli standard generalmente accettati e praticamente invariabili, sulla base di sequenze logiche del tipo "se... allora...", che conducono invariabilmente alla corretta diagnosi.
- Allorché gli esami più correnti non permettono di verificare l'ipotesi di partenza, essa va comunque mantenuta: i sintomi non hanno l'obbligo di essere "tipici".

E' quindi necessario passare ad atti più incisivi, iniziando da un ricovero "prudenziale" e seguitando con indagini sempre più complesse, che porteranno indubbiamente alla "verità". Verità che, se il medico è uno scienziato competente, non può che coincidere con la sua ipotesi diagnostica.

Come si vede, un modo di ragionare che coniuga il vecchio meccanicismo (corpo umano come macchina, organi come ingranaggi, medico come tecnico esperto di quella macchina) al ragionamento empirico, secondo cui fenomeni simili che si ripetono sequenzialmente con accettabile costanza possono essere considerati come catene di cause e di effetti, sia pure in termini probabilistici, statistici. Se un coronaropatico cronico con un pregresso infarto lamenta dolori al torace, siano pure dolori atipici o inabituali, allora è possibile e perfino probabile che (indipendentemente dai risultati degli esami clinici più semplici) essi siano dovuti a una recidiva dell'infarto, e il paziente va trattato di conseguenza. Sempre e in ogni caso. La probabilità statistica, valutata su popolazioni, viene alquanto arbitrariamente trasformata in norma o legge da applicare sistematicamente al singolo individuo. Esattamente come se arrivano continue segnalazioni che i fuoristrada di una determinata industria sovrasterzano e sbandano pericolosamente in curva, allora ogni singola vettura va ritirata per sottoporla a intervento riparativo.

Se queste sembrano essere le convinzioni dei cittadini (e dei P.M.), ben diversa è la valutazione di un caso clinico vista dalla parte del medico.

Il medico, quello almeno che agisce sul territorio e non vive asserragliato nei reparti specialistici, sa che ogni suo intervento deve tener conto di una serie di variabili, in gran parte non “scientifiche”:

- Gli individui non sono costruiti in serie; le differenze “meccaniche” tra individui sono assai più ampie di quanto non lo si creda comunemente.

- Poiché il paziente *non* è una macchina, il medico entra forzatamente in *relazione* con lui; ogni decisione va presa all'interno di questa relazione, che si comporta (secondo la definizione di Kierkegaard, sia pure in un diverso contesto) da *terzo positivo* tra medico e paziente. In altri termini è come se esistesse un “io” della relazione, in qualche modo indipendente dai membri di essa, in grado di condizionarne le scelte e le decisioni. Con una terminologia più di moda (ma non necessariamente più chiara) si dice oggi che “il sistema metacomunica”.

- Questo “terzo elemento”, la relazione, impedisce di fatto che il medico agisca come un elaboratore; certo, una specie di “algoritmo diagnostico” è indispensabile ma non è sufficiente a decidere, tranne in rari casi, gli interventi da compiere.

- L'applicazione pura e semplice di un'*etica utilitaristica* del tipo: “scegli in ogni caso le azioni che hanno le conseguenze migliori per il paziente, indipendentemente da ogni altra considerazione” sembra essere, per il P.M. e per molti non medici, la scelta migliore. In realtà così facendo, si pone in secondo piano la relazione, o almeno si tenta di farlo, anche se poi in sostanza è impossibile, per dare ad uno solo dei membri – il medico – la piena e insindacabile facoltà di decidere cosa e “il meglio” per quel determinato paziente. In altre parole, ciò che è “meglio” per il medico *deve* essere il “meglio” anche per il paziente, indipendentemente dalla volontà e dalla libertà di giudizio e di scelta di quest'ultimo. Se esso mostra di avere priorità diverse da quelle mediche, va considerato come momentaneamente incapace di decidere: logica quindi la proposta di spaventarlo o di somministrargli un forte sedativo. Per il suo bene.

L'utilitarismo orientato sul paziente viene così a coincidere spesso con un “egoismo etico” e, di fatto, col paternalismo più intollerabile; è proprio il bene del paziente che si cerca, oppure quello del medico, desideroso di evitare il rischio di procedimenti penali? Nascono di qui esami inutili o non necessari, ricoveri forzati, intimidazioni minacciose (“se uno si ricovera fermi, nero su bianco, che se ne va contro il parere dei sanitari”).

Niente relazione, niente autonomia del paziente. Se poi uno vuole tornare a casa perché ha la moglie sola e malata e non osa dirle che è in ospedale; perché non è convinto della diagnosi; perché ha paura di essere ricoverato in un particolare reparto; perché è un piantagrane, non importa: la legge è uguale per tutti ed è quella della scienza medica, per cui i malati sono, lo si accetti o meno, tutti a loro volta uguali.

Nei fatti, la valutazione etica del caso clinico è diversa da quella descritta: un certo utilitarismo etico centrato sul paziente (e non sul medico!), cioè un certo paternalismo, può essere accettabile solo se:

- Si appoggia a regole deontologiche, cioè a principi etici di base, generali, che non tengono conto delle conseguenze ma che hanno valore in sé: come ad esempio l'imperativo categorico kantiano o determinati principi religiosi per chi è credente.

- Rispetta (e potenzia) la libertà di scelta, le decisioni e l'autonomia del paziente.

- Tiene conto della realtà del contesto (situazione ospedaliera effettiva; aspettative, timori, speranze del medico e del paziente, problemi familiari e sociali di quest'ultimo, e così via).

- Poggia sulla relazione, “terzo positivo” tra medico e paziente, in grado di condizionare le decisioni dell'uno e dell'altro.

Certo, l'inflessibilità deontologica che non tenga conto di qualche aspetto utilitaristico tende a diventare disumana e rigida: il medico finisce per dialogare con la sua coscienza soltanto, e dimentica il paziente, la sua autonomia e la relazione. E tuttavia una delle formulazioni dell'imperativo categorico kantiano, fondamentale anche nella pratica medica, è la seguente: “agisci in modo da trattare gli uomini sempre come un fine e mai come un mezzo”. Da una posizione del genere non possono nascere né paternalismo non richiesto, né etica egoista, né dogmatismo, né distacco, né del resto ideologie liberticide. Un'etica di tipo utilitaristico centrata sul paziente è applicabile (e non può in molti casi non essere applicata) *solo* se poggia su una deontologia del genere.

Se l'individuo non può venire usato come un mezzo, la sua volontà, il suo diritto di scegliere, vengono prima di un teorico “suo bene”, deciso unilateralmente sulla base delle priorità strettamente cliniche. Nel caso da cui siamo partiti, e tanto più in assenza di elementi di certezza diagnostica, il diritto di scelta da parte del paziente, inequivocabilmente espresso, doveva essere rispettato, come infatti è avvenuto. Fargli firmare un documento in cui gli si scaricava tutta la responsabilità della decisione poteva certo proteggere il medico da un procedimento penale, ma sarebbe apparso come un atto aggressivo e avrebbe rotto senza dubbio la relazione, che deve essere in ogni momento al centro della pratica medica.

Senza dire che lasciare il paziente tutta la notte in degenza temporanea, senza avere alle spalle unità di cura intensiva o di emodinamica – come nel caso in questione – sarebbe stato a mio avviso un inganno oltre che un inutile disagio per il paziente.

Sottolineo queste motivazioni pratiche, in quanto anche esse devono avere posto nel processo decisionale del medico. Da quanto esposto, appare chiaro che il medico è *anche* uno scienziato ma sarebbe sbagliato e limitativo affermare che *non è altro* che uno scienziato. Le sue decisioni sono in ogni momento condizionate dalle conoscenze scientifiche, ma anche, e spesso soprattutto, da considerazioni di tipo filosofico ed etico. La medicina, almeno quella che ha a che fare con i malati in carne ed ossa, è una disciplina che sta al confine tra scienze della natura e scienze umane; averlo dimenticato, come è evidente dal curriculum di studi universitario da cui ogni aspetto umanistico è scomparso, è causa a lunga scadenza di disagio anche serio per molti medici. Il risultato perverso di una mancata formazione filosofica ed etica è costituito da forme di autodifesa che vanno dal paternalismo più massiccio all'indifferenza più totale. In altri termini si va dall'atteggiamento: “quello che le dico di fare è per il suo bene; esegua e non discuta” all'atteggiamento: “io quel che dovevo dire gliel'ho detto, poi faccia un po' lei quel che vuole: la pelle è sua”.

Poiché la presa di coscienza dei propri diritti da parte dei cittadini va aumentando, il primo atteggiamento è sempre più difficile da sostenere, così ci si rifugia nel secondo, con l'appoggio di numerosi esami ed interventi non necessari al paziente ma “difensivi” per il medico.

Occorre ritrovare un giusto equilibrio tra razionalismo ed empirismo, tra etica utilitaristica e deontologia, tra decisione medica e autonomia del paziente. Un campo di studio e di lavoro interamente aperto, che l'università ha dimenticato e che si rivela ogni giorno più importante per la salute (psichica) del medico e per quella (fisica e psichica) del paziente.

Mi trovo oggi a dover dare ragione ai vecchi baroni della clinica almeno su di un punto (che all'epoca avevo preso particolarmente di mira): la medicina non è solo scienza né solo osservazione empirica, e neanche può essere considerata un'attività lavorativa “come tutte le altre”: essa è molto altro e molto di più, e non è errato definirla, come un tempo, “un'arte”.

P.S. Le richieste del P. M. sono state respinte e i medici del Pronto Soccorso sono stati assolti.

Giorgio Bert (Torino 1933), cardiologo, è stato redattore di “Sapere” e “Se/ Scienza Esperienza”, ha codiretto per Feltrinelli la Collana “Medicina e potere” e dirige una collana di divulgazione medica per la EDT. Ha scritto assiduamente dei rapporti tra salute e società.

Da “LA TERRA VISTA DALLA LUNA”
Numero 5
Supplemento al n.68
di “Linea d'ombra”
febbraio 1992