

Quale senso ha il Giuramento di Ippocrate in questo inizio del XXI secolo che noi chiamiamo “post-modernità”?

Franco M. Zambotto¹

La pratica medica è stata investita dal vento del pluralismo morale sorto dopo il fallimento della “modernità”, ossia la cultura del XIX secolo, che non solo pensava ma anche pretendeva di imporre razionalmente un universalismo morale, ovvero delle regole valide per tutti, cancellando tutte le fonti “selvagge” di moralità.

Con il tramonto della modernità è tramontato non solo l’universalismo morale, ma anche la forza del codice etico concordato dagli esercenti una data professione (e.g. il codice deontologico dei medici e dei professionali in generale). I codici etici professionali sono tali perché si spera che tutti gli altri osservino le stesse regole che rendono armoniosa la vita e la condotta reciproca.

Uno scopo non scritto, ma inconscio, di tutti i codici etici è la minimizzazione della paura e del sospetto reciproco.

Ogni giorno, infatti, sentiamo la necessità di regole che guidino la recipro-

ca convivenza, non tanto sul piano delle capacità tecniche quanto piuttosto sul piano delle capacità morali.

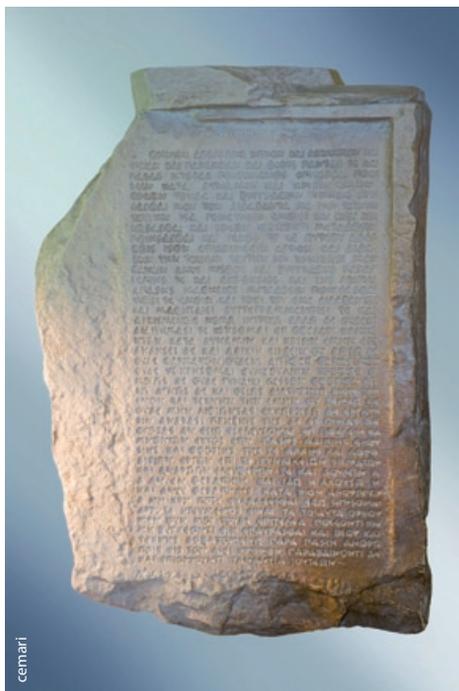
Ciò accade perché meno crediamo nella saggezza pratica (quella che Aristotele chiamava *sofrosine*) e più ne abbiamo bisogno.

La frattura che si è determinata fra codice etico tradizionale “moderno” e la sensibilità etica pluralistica “post-moderna” è alla base della profonda crisi della morale che stiamo tuttora vivendo.

Gli uomini della post-modernità, quelli di inizio XX secolo, non sono più in grado di controllare le conseguenze *long-term* delle loro azioni. Chiamiamo con termini eufemistici “conseguenze inattese” oppure “effetti collaterali imprevisti” oppure “eventi imprevedibili” tutto ciò che sfugge a una analisi razionale aprioristica degli effetti del nostro comportamento.

In tal modo noi possiamo fare inconsapevolmente del male a persone che non vediamo e non vedremo mai in viso, che abitano lontano e con le quali non

¹ S.C. di Pneumologia, Ospedale di Feltre - ULSS I Dolomiti, Feltre, francomariazambotto@icloud.com



cemari

intratteniamo rapporti. In poche parole la nostra intelligenza morale non è più in grado di prevedere tutte le conseguenze delle nostre azioni.

Sul fronte della medicina il fenomeno è analogo: basti citare i criteri di redazione delle liste di prioritizzazione dei trapianti, i criteri di allocazione delle risorse socio-sanitarie, la politica recente delle vaccinazioni e l'emergere di prepotenti culture *no-vax*, la potenza tecnologica dei farmaci biotecnologici e la loro gestione pratica condizionata da vari vincoli, l'uso su larga scala degli antibatterici in campo sia veterinario che umano senza una mappatura-sorveglianza delle resistenze su larga scala, la discutibile programmazione del fabbisogno di personale medico-infermieristico a fronte delle rapide mutazioni epidemiologiche e demografiche.

I nostri strumenti etici, nel caso dei medici il codice deontologico medico e nel

caso degli infermieri il codice deontologico infermieristico, non sono più in grado di guidare con sicurezza né le nostre azioni né le nostre attuali capacità tecniche.

Anche il lavoro multi-professionale non aiuta in tal senso, anzi rischia di peggiorare le nostre *performance* etiche. La suddivisione specialistica e ultra-specialistica delle materie biomediche, la divisione del lavoro in segmenti disposti a catena o a rami più o meno complessi, la stratificazione delle competenze, delle funzioni gestionali e/o professionali fa sì che la responsabilità sia frammentata e suddivisa fra molti, ognuno dei quali segue una piccola sezione del processo assistenziale-terapeutico.

Si parla, a tal proposito, di responsabilità fluttuante perché essa non trova mai un posto dove fermarsi ed essere attribuita a persone ben identificate.

I codici deontologici fondati sulla responsabilità personale vengono ancora una volta messi a dura prova perché la responsabilità fluttuante porta a una caduta del senso individuale di responsabilità.

Il fenomeno descritto è ancora più esasperato con la nascita di *équipe* di specialisti mobili sul territorio che lavoreranno in luoghi sempre diversi, con colleghi sempre diversi, in contesti organizzativi diversi e in continua evoluzione.

In clinica la responsabilità del lavoro viene sempre di più attribuita al ruolo e non alla persona che lo svolge. Il ruolo è ben rappresentato dalla divisa che riponiamo nell'armadietto dello spogliatoio.

È sempre più difficile reggere una responsabilità dell'Io fondata esclusivamente sulle regole, sulle linee guida, sui protocolli, sui percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Senza la nostra tuta da lavoro ci sentiamo nudi e impotenti e, per tale ragione, sentiamo il bisogno di affidarci ai codici di comportamento, alle procedure, alle istruzioni operative, a tutte le forme di autorità nella presunzione che ci rendano il fardello della responsabilità più leggero.

La stessa evoluzione della *Evidence Based Medicine* (EBM) aiuta a reggere tale fardello. Ci sentiamo più sicuri dietro di essa, ci sentiamo al riparo. O almeno lo pensiamo. Ma presto scopriamo che più aumentano le regole più aumenta la nostra inquietudine perché le variabili giuridico-contabili sono sempre più complesse e le variabili-incognite emergenti dal mare tecnologico rendono la gestione della clinica oltremodo difficile.

Nelle situazioni più critiche ci si rende conto che seguire le regole, qualunque esse siano, non ci salva affatto dalla responsabilità. La scelta difficile spesso si pone fra diverse regole e diverse autorità che le raccomandano e le impongono.

Il pluralismo delle regole sta distruggendo la sicurezza che riponevamo nei codici deontologici, perché ci sentiamo a essi aggrappati ma immersi nel mare profondo della ambiguità morale.

In questo senso si parla di crisi morale della post-modernità e la breve descrizione che precede ha cercato di provocare nel lettore una riflessione sull'attuale crisi morale in medicina.

Come recuperare la responsabilità morale personale?

Assumendo come postulato pre-sociale che responsabilità significa "essere per l'Altro" ancor prima di poter "essere con l'Altro" rende intuitivo che la morale non può avere giustificazioni sociali per-

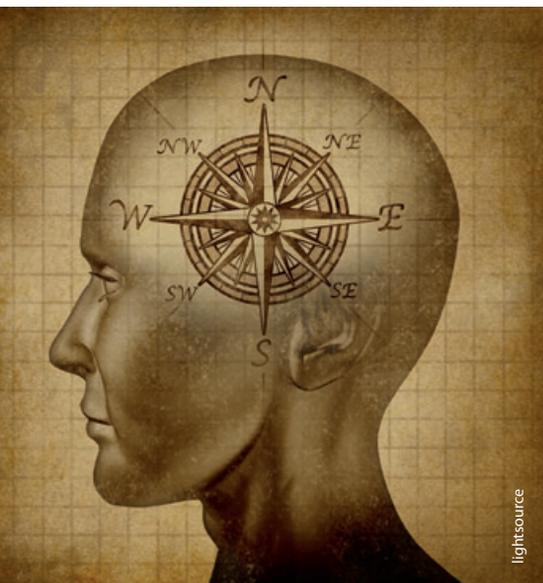
ché la morale precede l'organizzazione sociale e non procede dalla organizzazione sociale. Essa è un punto di partenza e non un punto di arrivo del vivere sociale.

Pur essendo pre-sociale *ab ovo* la morale non è contraria alla ragione perché la nascita della coscienza morale avviene per auto-costituzione, nel momento in cui "l'Io dell'essere solo per me stesso" cede il passo a "l'Io dell'essere anche per l'altro".

La responsabilità morale si precisa come messa in secondo piano dell'Io morale volto al mero interesse personale, a favore dell'Io sociale relazionale che ci consente di essere "per" e "con" gli altri.

La pratica giuridica basata sul potere politico, giudiziario, clericale, professio-





nale, finanziario ha prodotto nei secoli una quantità smisurata di codici spesso in contrasto fra loro, a dimostrazione ancora una volta che le due modalità dell'essere morale egoistico e dell'essere morale altruistico non sono in opposizione naturale ma andrebbero armonizzati e temperati nel fluire dinamico e complesso della vita di relazione.

La critica filosofica e sociologica post-moderna mostra “come la relatività dei codici etici e delle pratiche morali che essi raccomandano o di cui sono alla base sia il risultato della provincialità politicamente favorita di codice etici che a loro volta pretendono di essere universali e universalizzati. Sono i codici etici moderni ad essere infestati dal relativismo non la morale in sé, perché la piaga dei poteri istituzionali tribali ha contaminato la autorità etica personale dell'Io morale autonomo”.¹

Il lento emergere post-moderno dell'Io morale autonomo impatta pesantemente contro il tradizionale pater-

nalismo medico e contro il principio di giustizia distributiva rappresentato dal Potere Statale-Regionale Sanitario.

Molta della recente legislazione etica in medicina assegna all'autonomia della persona un valore esageratamente soverchiante rispetto ai valori della professione e a quelli della Autorità sanitaria portando a un pericoloso sbilanciamento nell'equilibrio morale del triangolo paziente-medico-welfare.

Le leggi sui trapianti e quelle delle disposizioni anticipate di trattamento ben riflettono questo clima culturale di tensione fra poteri e la forza emergente dell'autonomia personale contro la eteronomia imposta *ope legis*.

Il paziente, oggi, non dovrebbe essere considerato un relativista morale ma semplicemente come un cittadino-utente che reclama la sostituzione delle regole imposte dall'esterno con la responsabilità morale di un Io autonomo.

Con questo tipo di mentalità dobbiamo confrontarci, dobbiamo convivere e dobbiamo dialogare con la forza delle ragioni.

In questo clima culturale ai medici è data una grande opportunità: “bussare alla porta del cuore” dei loro pazienti fornendo assistenza e facendosi carico nelle decisioni personali circa le difficili scelte diagnostico-terapeutiche.

Bibliografia

- 1) BAUMAN Z, *Postmodern ethics*, Oxford (UK), Cambridge (USA), Blackwell Publishers, 1993.