

La deontologia medica, il codice deontologico e l'eutanasia. I motivi di un no

Paolo Girolami

articolo

1. Introduzione

Non è facile restituire alla deontologia il suo giusto significato in campo medico, cioè il significato di precetto che traduce il principio in azione, in quanto giusto rimedio alla malattia e alla sofferenza dell'uomo.

Il tempo presente si caratterizza per una moltitudine di precetti spesso in contraddizione tra loro ma paradossalmente quasi sempre espressione di medesimi principi. Si ha una prova di tale assunto nel "principialismo" che domina la bioetica a livello planetario nella sua applicazione pratica: in nome del principio di autonomia si può giustificare il precetto di intervenire come quello di astenersi dal giusto rimedio; in nome del principio della beneficalità il rimedio adottato può essere buono per affermare una pretesa libertà dal peso della vita o, invece, per salvaguardare la vita stessa.

La medicina ha propri valori, che in occidente si sono stratificati, nel corso dei secoli, attingendo al grande universo dei principi cristiani: l'umiltà dell'uomo di fronte alla grandezza del creato, l'ascolto come norma primigenia dell'agire, il consenso come suggello di un'alleanza, il rispetto della parola data come segno della propria onorabilità, la comprensione della sofferenza come modalità di esperienza di vita che apre alla stima e al riconoscimento del sé nell'altro.

La medicina occidentale porta impressi nel suo codice genetico questi principi, talché alcuni filosofi non hanno esitato a dire che la medicina è etica per definizione, e, per contrappunto, che l'etica è medicina.

Ma non si può concepire un'etica senza una relazione dialogica, senza cioè una dualità (l'etica non è "intimismo" ma preoccupazione per l'altro), e, d'altra parte, non si può pensare alla medicina senza una compresenza. Laddove la dualità si esaurisce per lasciar spazio all'io assoluto c'è solo potere e prevaricazione, laddove la compresenza è abolita, c'è solo solitudine.

Nella mia attività di studio di questi ultimi anni¹ ho cercato di comprendere come la deontologia possa costituire il terreno culturale sul quale posizionare nella loro giusta collocazione spaziale i precetti che muovono l'agire medico ed i principi che li animano, depurando la deontologia stessa dalla contaminazione del "formalismo" (il dover fare una cosa perché risponde ad una regola formale), del "proceduralismo" (il dover fare una cosa perché una determinata procedura la impone sistematicamente), dal "difensivismo" (il timore di una possibile azione giudiziaria di rappresaglia come guida dell'azione).

Nelle righe che seguono ho riportato alcuni pensieri, in parte già espressi altrove, con l'intento fondamentale di far comprendere che la deontologia è il naturale corollario dell'etica così come l'azione segue l'intenzione, che la deontologia non è neutra rispetto ai valori che la medicina incarna, e soprattutto che la deontologia non deve essere confusa con i vari codici deontologici, che indubbiamente attingono alla deontologia medica, costituendo un motivo di prestigio per le professioni sanitarie, senza però garantirne in assoluto la genuinità del contenuto.



Professore Ordinario, Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma

2. *Lo statuto della deontologia*

Il primo ostacolo che si trova ad affrontare colui che si accinge a trattare della questione deontologica in ambito medico è rappresentato dalla definizione stessa di deontologia medica.

Come sottolinea D'Agostino², la difficoltà di assegnare alla deontologia uno statuto epistemologico preciso è correlato da una parte alla sua fondamentale appartenenza alla filosofia morale, al mondo dei principi, e dall'altro alla sua tendenza ad emigrare nel mondo delle regole, cioè a cristallizzarsi in norme di carattere formale e positivo; in altre parole ad essere imprigionata in un codice. Per i più sensibili alle ragioni dell'etica, tale sequestro non può che apparire come un'aberrazione rispetto alla libertà della speculazione filosofica, per i più sensibili alle ragioni istituzionali della civile convivenza, a tale codificazione non può che attribuirsi un ruolo subalterno rispetto a quello del diritto. Il diritto verrebbe pertanto a rivendicare un ruolo di supremazia rispetto alla deontologia professionale, relegata in una posizione di servile subalternità.

Tale difficoltà non sembra superabile neppure attraverso l'esame della norma deontologica.

Sappiamo che la definizione di diritto risente fortemente della possibilità di distinguere le norme giuridiche dalle norme della morale e da quelle del costume.

Bobbio³ insegna al riguardo che il carattere distintivo della regola giuridica sarebbe da ricercarsi (senza pretesa di esaustività) in alcune peculiarità della medesima, rappresentate di volta in volta dalla struttura della regola, dal contenuto e dal fine della stessa, dal soggetto che fissa la regola, dal soggetto cui la regola è rivolta, e, infine, dalla sanzione che segue la violazione della regola.

Rispetto alla struttura, la regola giuridica sarebbe portatrice di imperativi che provengono da un'autorità esterna, mentre quella morale incarna degli imperativi che provengono da noi stessi. Per quanto riguarda il contenuto e il fine, la regola giuridica avrebbe come prospettiva la regolamenta-

zione dei rapporti sociali (in ciò apparentandosi alle regole del costume), mentre la regola morale le azioni rivolte a se stessi. Quindi la norma morale sarebbe caratterizzata dalla unilateralità, mentre quella giuridica dalla bilateralità o intersoggettività. Scopo del diritto sarebbe poi quello della pacifica convivenza civile (ordine), concetto questo che richiama l'idea della coercizione come momento necessario dell'attuazione del diritto. Per quanto attiene la natura del soggetto che pone la norma e quella del soggetto che la riceve, prevale il principio che le norme giuridiche sono quelle che provengono dal potere sovrano dello stato (sovrانيتà), richiedono un'adesione puramente esterna del destinatario (legalità), e non intima come le norme morali. La norma giuridica richiede inoltre che venga eseguita con convinzione della sua obbligatorietà, altrimenti ci troveremmo di fronte ad una regola non del diritto ma del costume. Un ulteriore elemento di distinzione tra regola del diritto, della morale e del costume sarebbe rappresentato dalla natura della sanzione in caso di violazione: sanzione interna (rimorso) per la violazione di una regola morale, sanzione esterna non codificata per la violazione di una regola del costume (dalla riprovazione al linciaggio), sanzione esterna codificata per la violazione della norma giuridica.

Ma anche una minuziosa analisi dei più appariscenti connotati della norma giuridica non ci permette di definire con precisione la norma deontologica in ambito medico, la quale incarna, a ben vedere, ora i caratteri della norma giuridica, ora di quella del costume, ora di quella morale. Non si può pensare infatti alla norma deontologica senza ritenere, tra l'altro, che essa venga eseguita con intimo convincimento interiore da parte del professionista, che il mancato adempimento non provochi rimorso da parte di quest'ultimo e al tempo stesso che essa sia caratterizzata dalla intersoggettività e dalla coercibilità tipica di una norma giuridica, o che incarni delle procedure da secoli consolidate come regole del costume.

3. Lo statuto della medicina

La soluzione va allora ricercata nella natura stessa della medicina, che consiste in una sintesi unica ed irripetibile, nel mondo scientifico, tra teoria e prassi, o, per meglio dire, tra competenza e dedizione all'altro⁴. E in ragione del suo carattere relazionale, (il dedicarsi all'altro sofferente, lenire le sue pene), la medicina riconosce nell'etica non una dimensione accessoria bensì un elemento costitutivo. "Medein" (da cui il termine medicina) in greco significa appunto lenire le sofferenze altrui.

D'altra parte, è facile costatare che nei secoli la medicina ha costruito il suo prestigio non sulla qualità dell'offerta (o, per meglio dire, nella qualità delle prestazioni, tenuto conto dei limiti delle conoscenze e della scarsa efficacia dei rimedi), ma sulla qualità delle modalità dell'offerta (il dedicarsi completamente all'altro, lo specchiarsi nelle sue sofferenze, e, al limite, l'essere pronti al sacrificio per la sua salvezza).

In effetti, l'accreditamento della medicina al pubblico, per usare un'espressione oggi in voga, prende avvio e si consolida nel tempo attraverso l'incarnazione di valori morali come principi e cardini dell'agire professionale, rappresentati fundamentalmente dall'agire in difesa della vita e della persona.

Lo stesso concetto di professione (professione, dal latino *profiteor, professus, professio*), prima ancora che ad un agire, rimanda inequivocabilmente all'idea di dichiarare apertamente un sentimento, un credo, una dottrina.

Il primato dell'etica sulla scienza, intesa come sapere pragmatico, che caratterizza la medicina fin dalle origini, si spiega peraltro proprio per il carattere relazionale, interpersonale, dialogico, dell'agire medico.

Alla compassione da parte del medico per chi soffre, che si concretizza nelle forme del

curare e del prendersi cura, corrisponde una fiducia da parte del paziente, fatto questo che suggella un reciproco impegno in un patto. Dalla fiducia scaturisce un sentimento di affidamento, e dall'affidamento una richiesta, moralmente vincolante per il medico, di tutela di quell'affidamento attraverso un'assunzione di responsabilità⁵.

4. Il rapporto medico-paziente

Da più parti si è posto l'accento sull'asimmetria di tale relazione⁶: il medico dotato di un sapere e di una preparazione tecnica inaccessibili al paziente si troverebbe in una posizione di vantaggio rispetto a quest'ultimo, che invece viene a collocarsi in una posizione di sudditanza. Lo stato di malessere e di sofferenza legato alla malattia renderebbero inoltre il paziente ancora più debole e dipendente nei confronti del professionista.

A questo riguardo è bene fare alcune precisazioni anche avvalendoci delle interessanti conclusioni cui perviene Paul Ricœur⁷ analizzando la Regola d'Oro sullo sfondo degli imperativi categorici kantiani in "*Soi-même comme un autre*".

In estrema sintesi, il pensiero del filosofo francese può essere così delineato. Nel precetto che costituisce la chiave di volta di ogni agire morale «*Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te*» è facile intravedere quantomeno la risposta ad ogni minaccia di prevaricazione dell'uno sull'altro, un'asimmetria relazionale che colloca gli interlocutori nel ruolo rispettivo di "agente" e di "paziente". Il fatto che ogni uomo abbia il potere, almeno potenziale, di fare agli altri quello che non vorrebbe fosse fatto a se stesso significa che tale facoltà esiste, e a tale facoltà segue la concreta possibilità per ciascuno di assumere il ruolo di soggetto attivo, ovvero di colui che impone ad altri ciò che non vorrebbe subire. Tale asimmetria è tut-

*La medicina riconosce
nell'etica non una
dimensione accessoria bensì
un elemento costitutivo*

tavia compensata da un principio di reciprocità, in quanto ciascuno, nell'infinita serie di relazioni interpersonali che contrassegnano l'esperienza umana, è suscettibile di assumere anche il ruolo del paziente. Così come risulta concreta la possibilità di un imporre agli altri un qualcosa, altrettanto può dirsi della possibilità di subire qualcosa dagli altri. Tale condizione di interscambiabilità di ruoli (reciprocabilità) fa sì che il principio del rispetto dell'altro al pari di sé come regola comportamentale rappresenti un precetto universalmente condivisibile.

Nel caso del rapporto medico-paziente, la relazione asimmetrica interpersonale non risulta adeguatamente compensata dall'interscambiabilità dei ruoli. In altre parole, la posizione del medico e del paziente, in ragione dell'incolumabile divario di conoscenze e dell'impossibilità da parte del paziente di rinunciare all'opera trattamentale, non si declinano nel segno della reciprocità. Anzi, si assisterebbe, in questo caso, ad una cristallizzazione di ruoli, con il medico invariabilmente in posizione di forza (colui che impone) e il paziente nella corrispondente condizione di debolezza (colui che è costretto a subire).

Una volta ammessa tale condizione di irreversibile disuguaglianza, si configurano due possibili rimedi.

Una prima soluzione è rappresentata dall'accrescimento del potere di controllo del paziente sull'operato del medico, realizzabile attraverso una sempre maggiore giuridificazione (o, per meglio dire, giurificazione) della relazione trattamentale⁸. È questa la prospettiva che ai nostri giorni gode di maggior credito. Stabilendo in capo al paziente il diritto all'autodeterminazione (che nel linguaggio comune trova concreta formulazione nel principio del cosiddetto "consenso informato") e inquadrando il trattamento sanitario nell'istituto contrattuale, con il medico in posizione di debitore e paziente in posizione di creditore, verrebbero poste in essere le condizioni per un effettivo superamento della disparità di partenza.

Secondo l'ipotesi alternativa, è invece possibile ovviare allo sbilanciamento "origi-

nale" dei poteri dei due interlocutori collocando la relazione stessa in una forte dimensione deontologica. In base a quest'ultima impostazione, che è quella che ha goduto maggior credito fino a tempi assai recenti, la deontologia medica verrebbe quindi ad assumere la funzione strumentale di ammortizzatore del potere medico, compensando il deficit di "reciprocabilità" dei rispettivi ruoli.

Questa ricostruzione non risulta tuttavia esaustiva poiché risente di una interpretazione delle relazioni interpersonali tutta centrata su rapporti di forza tra antagonisti, impermeabile all'idea che alla socialità non sia estranea un'istanza di riconoscimento della persona e che il riconoscere se stesso nel volto dell'altro sofferente possa costituire di per sé il giusto antidoto ad ogni tentazione di prevaricazione. Guardando poi alla medicina, è evidente che, seppure in ruoli diversi, medico e paziente condividono lo status di esseri umani, cui l'esperienza della sofferenza, se non altro come dato esistenziale, non è certo estranea (anche il medico si ammala, vive l'esperienza della malattia dei propri cari, tocca con mano il dolore dei propri simili).

5. *La deontologia, hardware dell'agire medico*

Alla luce di tali considerazioni sembra più corretto pensare alla deontologia medica come all'*hardware* dell'agire medico, all'insieme di valori da cui prende forma la professione, (professione, come già detto, nel senso di professare principi, cui la medicina stessa deve necessariamente attenersi a costo di perdere la sua ragion d'essere), ad una coscienza critica della medicina assunta a norma di condotta, piuttosto che ad una moderna carta di garanzie offerte al paziente per placare ogni sospetto di abuso di potere e di sopraffazione.

In tal senso sembra pronunciarsi Platone⁹ allorché riconosce uno statuto morale intrinseco alla medicina, estraneo ad ogni logica di potere:

«Forse che la medicina manca di qualcosa? Possiamo affermare in generale che un'arte

richiede una determinata qualità così come gli occhi la vista o le orecchie l'udito, e che pertanto a loro volta tali organi necessitano di un'arte che riconosca e procuri loro il necessario per vedere e per udire? E in questa stessa arte è possibile riconoscere un qualche difetto? E se essa è un po' difettosa, occorre un'altra arte per cercare ciò che manca alla precedente, e così via all'infinito?... Oppure ogni arte basta a sé stessa per rimediare alle sue imperfezioni, poiché, nessun arte reca tracce né di difetti né di imperfezioni e non deve ricercare niente altro al di fuori di ciò che è vantaggioso al suo oggetto, ed, in effetti, se veramente di arte si tratta essa rimane incorruttibile e pura finché resta rigorosamente conforme alla sua natura?... Dunque la medicina non guarda al proprio vantaggio bensì a quello del corpo... Dunque nessuna scienza ricerca o impone il vantaggio del più forte, ma del più debole tra i soggetti che le sono sottoposti. Egualmente... non è forse vero che il medico, in quanto medico, non cerca né prescrive ciò che torna a proprio vantaggio, ma ciò che risulta vantaggioso per il malato? Abbiamo in effetti convenuto che il medico, nel senso vero del termine, governa i corpi e non è affatto un uomo d'affari» (Rep. I,342).

All'idea platonica del medico che non prescrive ciò che torna a proprio vantaggio bensì ciò che risulta vantaggioso per il malato attinge l'intero retaggio valoriale su cui si fonda la medicina e che trova nel precetto del «*primum non nocere*» l'espressione più compiuta. Si tratta di un precetto che muove da un atteggiamento di rispetto nei confronti dell'altro, ed identificando nell'alterità la ragion d'essere e la prima misura morale di ogni atto medico implicitamente ammette un atteggiamento di reciprocità nella forma riflessiva e speculare del «*noli me tangere*».

È evidente che, seppure in ruoli diversi, medico e paziente condividono lo status di esseri umani, cui l'esperienza della sofferenza, se non altro come dato esistenziale, non è certo estranea

La deontologia non rappresenterebbe quindi il correttivo dello strapotere medico, bensì la prassi medica che nell'incontro con l'altro si fa agire morale.

D'altra parte, così come non soddisfa la collocazione della deontologia in un ruolo esclusivamente strumentale, altrettanto può dirsi dell'inquadramento del rapporto medico-paziente nell'istituto contrattuale.

Al riguardo giova ancora citare D'Agostino¹⁰ il quale rileva che il diritto, in quanto sistema normativo che si basa sul principio della reciprocità, non è in grado di gestire

relazioni asimmetriche, come quelle che caratterizzano il rapporto medico-paziente. Per poter sindacare su tale rapporto il diritto è costretto a ridurlo ad un contratto, che, tenuto conto dell'asimmetria di fondo, non può che essere classificato come *sui generis*¹¹ D'altra

parte, come rileva lo stesso D'Agostino¹², «nulla è più lontano dalla mente del paziente di entrare in una relazione giuridica con il medico, né quest'ultimo considera la propria professione in termini strettamente normativi e contrattuali. L'atteggiamento tipico del paziente, nei confronti del medico che ha bene operato, è quello del ringraziamento, e l'atteggiamento del medico, di fronte al risultato della guarigione del paziente, è quello della gratificazione. La dinamica del ringraziamento (al pari della gratificazione) non appartiene all'esperienza giuridica, ma appartiene all'esperienza morale».

Le considerazioni fin qui svolte e riconducibili fondamentalmente all'idea che il rimedio all'asimmetria medico e paziente non debba essere ricercato nella deontologia o nel diritto bensì nella medicina stessa, trovano più precisa formulazione nel pensiero di Paul Ricœur¹³. «L'intenzionalità etica (*visée éthique*) del curante, che si pone inizialmente nel segno dell'asimmetria, cerca di ristabilire il "poter-essere" del paziente, restaurando la

simmetria iniziale: da un lato, la richiesta d'aiuto, che è un mettersi in causa da parte del malato, dall'altro, l'utilizzo da parte del medico di quegli strumenti che danno la possibilità a chi soffre di restaurare il proprio "poter-essere". Tale intenzionalità etica non può concretizzarsi se non passando per il "se-taccio della norma", ovvero il passaggio attraverso il momento deontologico, il quale garantisce che il rapporto con l'altro si realizzi nel segno della giustizia. Il momento deontologico riveste tre funzioni:

- una funzione di universalizzazione dei precetti che reggono il patto fondato sulla fiducia: l'elevazione di questo patto al rango di norma costituisce il momento deontologico dell'agire medico;
- una funzione di connessione, che permette di armonizzare le norme mediche con le altre norme sociali e politiche;

- una funzione di composizione dei conflitti che possono apparire su due fronti:

- 1) il primo fronte si colloca laddove l'etica medica che guarda alla clinica incontra l'etica che guarda alla ricerca. I conflitti compaiono lungo una frontiera comune, rappresentata dall'investigazione sui corpi umani a fini diagnostici, terapeutici o sperimentali;

- 2) il secondo fronte generatore di conflitti si colloca laddove si confrontano l'idea del benessere personale del paziente e quella del benessere collettivo».

6. Medicina, relazionalità ed eutanasia

Una volta stabilito il primato storico ed ontologico dell'etica sulla prassi, proprio della medicina, e accertato che la deontologia rappresenta la trasformazione di una "intenzionalità etica" in norma, nel segno della universalità ed in funzione della giustizia, è possibile argomentare circa l'impossibilità per la medicina di ammettere la deliberata

uccisione di un essere umano, perché sopprimere l'altro, (il paziente, il malato), significa privarsi di quella relazionalità che costituisce la moralità stessa della medicina, incarnata dalla deontologia e, con essa, perdere la propria ragion d'essere. Il medico non può impunemente trasformarsi nel boia, anche invocando ragioni umanitarie, perché il boia non realizza la propria opera in una relazione, bensì nell'abolizione della capacità di relazione.

Si è parlato finora della deontologia come di un principio o ideale etico che assurge a

rango di norma di condotta e, in quanto tale, si colloca nel segno della giustizia, o meglio dell'equità, cioè diviene strumento di parità tra i soggetti, medico e paziente, in relazione tra loro. Resta ancora da stabilire in quale modo la norma si sia cristallizzata in un codice operativo, il codice di

deontologia medica.

7. Il codice di deontologia medica e la tutela dei valori deontologici

a. Cenni storici

Dal punto di vista storico, il codice di deontologia medica rappresenta il frutto di quel progressivo processo di aggregazione dei medici che condusse alla costituzione nel 1862 dell'Associazione medica italiana¹⁴. Alla base di tale processo si riconoscono differenti fattori, tra i quali il progressivo processo di professionalizzazione della medicina, anche dovuto ad un miglioramento e ad una crescente uniformità della formazione universitaria. Fino all'unità d'Italia l'insegnamento della medicina nelle varie università italiane si presentava fortemente disomogeneo ed era estremamente diffuso il fenomeno dell'abusivismo. Un altro importante fattore di aggregazione fu rappresentato dal tentativo di accredita-

Stabilito il primato storico ed ontologico dell'etica sulla prassi è possibile argomentare circa l'impossibilità per la medicina di ammettere la deliberata uccisione di un essere umano

mento dei medici presso l'opinione pubblica come coscienza sanitaria dell'Italia unita, ovvero come promotori di un miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini nel segno della medicalizzazione della società. I medici cominciarono ad ampliare il loro orizzonte etico oltre ai doveri nei confronti del paziente, per estendere i loro interessi ai problemi della povertà, della prevenzione delle malattie, alla medicalizzazione delle donne, dei bambini, dei luoghi di lavoro. Infine non bisogna dimenticare le rivendicazioni sindacali e gli interessi corporativistici. All'esperienza dell'associazionismo, che si proponeva di operare per il progresso della scienza e l'aggiornamento dei medici, e di difendere i diritti e la dignità della professione, seguì la costituzione degli Ordini dei sanitari, (i primi a Milano 1887, a Napoli 1888 e a Venezia 1889) che rivendicavano il ruolo di garanti e controllori delle professioni sanitarie, di depositari degli albi professionali, di giudici nelle controversie tra colleghi e tra colleghi ed utenti. Nel 1898 venne costituita la Federazione nazionale degli Ordini dei sanitari ed, infine, con legge n. 455 del 10 luglio 1910 vennero istituiti per ciascuna provincia d'Italia gli Ordini dei Medici come associazioni obbligatorie di tutti i liberi esercenti.

Il primo codice di deontologia medica fu redatto dall'Ordine dei Medici di Torino nel 1912 ed altri ne seguirono come espressione del potere statutario dei singoli Ordini provinciali. Solo nel 1954 la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici emanò un Codice ad efficacia nazionale¹⁵. Successive edizioni del Codice si ebbero nel 1978, nel 1989, nel 1995, nel 1998 e, l'ultima, nel 2006¹⁶.

In Italia, al contrario di altri Paesi, come la Francia, il Codice di deontologia medica non è approvato con Decreto ministeriale e non entra a far parte di un codice della sanità pubblica¹⁷.

b. Codice deontologico e norma giuridica

Un rapido sguardo al Codice di deontologia medica permette di evidenziare che i prin-

cipi cardine della deontologia medica, ed in particolare quelli ereditati dalla tradizione ippocratica, (la tutela della vita, della persona e del segreto) e attribuiti alla scuola di Salerno¹⁸ (il primato della libertà del paziente sulle mere ragioni trattamentali, richiamato dalla massima: *voluntas aegroti suprema lex esto*) sono formulati tenendo principalmente conto della norma giuridica, cui la norma deontologica sembra piegarsi o quantomeno adattarsi.

Accanto a tali principi vengono peraltro stabilite tutta una serie di regole di buona condotta anche nel rapporto del medico con i colleghi, con le autorità, con i cittadini; vengono indicati criteri di efficacia e di efficienza nell'esecuzione delle cure; si riportano disposizioni di lotta all'esercizio abusivo della medicina, di lotta al comparaggio, al doping, nonché norme riguardanti la fissazione degli onorari, la pubblicità sanitaria, il potere disciplinare dell'Ordine. Tutte disposizioni che sostengono interessi eterogenei tra loro e che fanno del Codice di deontologia medica un complesso regolamento dell'attività professionale, in cui la deontologia, come in precedenza definita, occupa uno spazio assai limitato.

Tale situazione è comune a molti codici di deontologia medica, tanto che è diffusa l'opinione che si debba distinguere all'interno di un codice di deontologia medica una deontologia in senso stretto da un'etica professionale. In tal senso sembra pronunciarsi Canto-Sperber¹⁹ allorché afferma:

«La deontologia designa, come indica il nome, un insieme di doveri associati all'esercizio di una professione. Tali doveri possono essere definiti, in maniera neutra, come dei doveri intrinseci: essi rappresentano allora l'insieme delle condizioni che devono essere rispettate per la conservazione dell'integrità di una determinata pratica professionale, della sua affidabilità, del ruolo positivo che essa gioca all'interno della società. Ma tali doveri sono per lo più considerati come rivolti a difendere gli interessi, i diritti, i beni dei non professionisti che vengono a contatto con tale pratica (i pazienti di un medico, i clienti di un avvocato, ecc.). Di fronte

a questo genere di doveri, la deontologia diventa etica professionale, ovvero un'etica cui si devono attenere gli esercenti una professione, non solo perché essa ne garantisce l'integrità, ma soprattutto perché essa preserva gli interessi e i diritti di coloro che vi sono coinvolti».

È evidente peraltro che se si accoglie la definizione precedentemente riportata di deontologia, come coscienza critica della medicina assunta a norma di condotta, cade la necessità di distinguere un atteggiamento deontologico da un atteggiamento etico, in quanto l'uno e l'altro si sovrappongono.

Resta tuttavia da verificare in quale maniera il codice deontologico, come sistema normativo, si collochi oggettivamente all'interno dell'ordinamento.

In via di principio, il codice deontologico non può contenere delle norme che siano in contrasto con la legge, e ciò non tanto per il primato della legge, che promana dalla sovranità dello Stato, quanto piuttosto perché la norma deontologica si colloca in un settore dell'ordinamento nel quale la norma giuridica, come si è detto, non è in grado di intervenire efficacemente e che di fatto viene riservato alla norma deontologica²⁰.

Si potrebbe così affermare che laddove interviene la norma deontologica in difesa di un valore necessario all'espletamento di un'attività professionale, l'ordinamento non può far altro che recepirlo.

Restando sempre nelle linee di principio, si può citare il caso della tutela del segreto professionale, che rappresenta uno dei fondamentali doveri del medico, dovere sancito dalla norma deontologica e recepito dal diritto quale bene penalmente protetto.

Tuttavia quando si passa dalla visione teorica all'esame della situazione concreta, attraverso la lettura del codice deontologico, è facile rilevare quanto sia ampio il condizionamento della legge sulla codificazione deontologica e come quest'ultima sia costretta ad un perenne inseguimento del legislatore nel tentativo di rendere conforme il codice deontologico alla legge (da qui la nutrita serie di edizioni del codice cui si è assistito in Italia nell'ultimo cinquantennio).

Appare superfluo soffermarsi sul caso dell'interruzione volontaria della gravidanza, per dimostrare che ciò che era vietato in passato è divenuto lecito oggi, (nei limiti stabiliti dalla legge e fermo restando il principio dell'obiezione di coscienza).

c. La deontologia nel codice deontologico

Tutto ciò lascia perplessi circa la capacità del codice deontologia medica di incarnare una deontologia senza compromessi, così come invece dovrebbe essere, e di esprimere autonomamente criteri operativi in grado di raccogliere le sfide che sul fronte dell'etica la medicina si trova di giorno in giorno ad affrontare, anche tenuto conto del pluralismo delle convinzioni morali che sembra contraddistinguere la società occidentale. A questo riguardo ci sembra opportuno segnalare i principi che il vigente Codice deontologico ha fatto propri in riferimento al rifiuto delle cure e all'accanimento terapeutico:

- il medico deve tutelare la vita e rispettare la dignità, la libertà e l'autonomia della persona;
- ogni forma di accanimento terapeutico è vietata;
- il medico deve tener conto di volontà eventualmente espresse dal malato;
- l'eutanasia è vietata;
- il medico, in ogni caso, deve prestare assistenza al malato fino all'ultimo istante della sua vita.

Si tratta di principi diversi tra loro per natura e origine, ma che in vario modo afferiscono al nucleo concettuale del precetto fondamentale del «primum non nocere», e, in ragione di questa loro caratteristica, possono ben armonizzarsi tra loro.

Ancora una volta la deontologia è chiamata ad operare per rendere pensabile e possibile una relazionalità paritaria tra medico e paziente fino agli ultimi istanti di vita, ed il codice deontologico a indirizzare i comportamenti dei medici secondo criteri di razionalità e coerenza.

Se la deontologia fallirà, la parola passerà ancora una volta alla politica e alla legge, con risultati imprevedibili.

NOTE

- ¹ P. GIROLAMI, *Medicina, etica e diritto*, Centro Scientifico Editore, Torino 2009; P. GIROLAMI, *La salute e le regole*, Edi-Med, Milano 2010.
- ² F. D'AGOSTINO, *Deontologia ed etica. La prassi e i valori, Relazione al Congresso Nazionale "Salute, scienza e professione. La deontologia per gli anni 2000"*, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Torino 1995, testo non pubblicato.
- ³ N. BOBBIO, voce: «Diritto», in *Novissimo Digesto Italiano*, V, Utet, Torino 1968. Per una sintetica ed aggiornata ricognizione sul concetto di diritto vedi P. GROSSI, *Prima lezione di diritto*, Laterza, Bari 2007. Sul tema del rapporto tra Bioetica e diritto vedi anche P. GIROLAMI, «Bioetica e diritto», in E. LARGHERO, G. ZEPPEGNO (a cura di), *Dalla parte della vita. Itinerari di bioetica*, I, Effatà Ed., Cantalupa 2007, 133 ss.
- ⁴ BENEDETTO XVI, Lettera Enciclica *Deus Caritas est*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005.
- ⁵ Vedi P. GIROLAMI, «Alcune considerazioni in tema di consenso al trattamento sanitario con particolare riguardo all'ambito psichiatrico», in *Riv. It. Med. Leg.*, (1997), 287- 311.
- ⁶ Vedi per tutti S. SPINANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1993, 31-32.
- ⁷ P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris 1990, 254 ss.
- ⁸ Vedi sul punto P. GIROLAMI, «La giurificazione della medicina, antiche radici e nuovi germogli», in *Riv. It. Med. Leg.*, (2005), 61-87.
- ⁹ PLATONE, *La Repubblica*, I, 342 (ns. traduzione).
- ¹⁰ F. D'AGOSTINO, *Deontologia ed etica...*, cit.
- ¹¹ A.V. GAMBARO, «La responsabilità medica nella prospettiva comparatistica», in *La responsabilità medica*, Giuffrè, Milano 1982, 25.
- ¹² F. D'AGOSTINO, *Deontologia ed etica...*, cit.
- ¹³ P. RICŒUR, «Les trois niveaux du jugement médical», in P. RICŒUR, *Le Juste* 2, Esprit, Paris 2001, 227-243.
- ¹⁴ Vedi M. SORESINA, «I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini», in A. VARNI (a cura di), *Storia delle professioni tra Ottocento e Novecento*, Il Mulino, Bologna 2002, 61 ss.
- ¹⁵ Vedi F. INTRONA et coll., *Il codice di deontologia medica 1995*, Giuffrè, Milano 1996, 1.
- ¹⁶ Vedi FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI, *Codice di deontologia medica*, 2006, www.fnomceo.it.
- ¹⁷ Vedi C. LEGA, *Deontologia medica, principi generali*, Piccin, Padova 1979, 31 ss.; A. PAGNI, «Il codice deontologico e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri», in M. BARNI, *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico*, Giuffrè, Milano 1999, 3 ss.
- ¹⁸ Vedi S. DE RENZI, *Storia documentata della Scuola medica di Salerno*, Ferro, Milano 1967.
- ¹⁹ M. CANTO-SPERBER, «Philosophie morale et éthique professionnelle», in A.-M. FRISON-ROCHE, *Secrets professionnels*, Autrement, Paris 1999, 103 ss.
- ²⁰ Vedi F.D. BUSNELLI, «Codice di deontologia medica», in *Bioetica e diritto privato. Frammenti di un dizionario*, Giappichelli, Torino 2001, 73-74.