

Etica, etica medica e medicina del lavoro: un dialogo possibile

ELISA BUZZI

Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica

KEY WORDS

Philosophical ethics; medical ethics; bioethics; occupational medicine

PAROLE CHIAVE

Etica filosofica; etica medica; bioetica; medicina del lavoro

SUMMARY

«Ethics, medical ethics, and occupational medicine: is their dialogue possible?». Today's medicine faces some critical moral challenges, yet the medical class suffers from an increasingly evident malaise: a growing dissatisfaction with an ethical demand often perceived as a cumbersome burden of rules and prohibitions, which risk to erode the fiduciary relations with patients. Such a negative appraisal is partly due to a narrow interpretation of the meaning of ethics, a misconception whose roots are in the positivistic stance that permeates our culture, and in its almost exclusively technological bent. This radical orientation of our culture shows itself in the vanishing of the idea of an intrinsic ethical dimension of medicine and consequent eclipse of traditional medical ethics, currently all but assimilated by bioethics. Maintaining a clear distinction between medical ethics and bioethics is a fundamental condition for guaranteeing an original ethical reflection in medicine, thereby fostering a constructive dialogue between philosophical and medical ethics. In this sense, occupational medicine holds a very propitious position, at the cross-roads to some of the most important dimensions in human life and society: health, work, environment. In a milieu which is too often inclined to efface the living human being and the deepest needs of humanity, the moral commitment of medical profession to the care of the integral reality of the embodied human person is one of the most important ethical challenges facing occupational medicine and a most valuable contribution to the current ethical debate.

RIASSUNTO

A fronte delle importanti sfide morali che oggi si prospettano per la medicina è evidente un crescente disagio della classe medica nei confronti di una richiesta etica spesso percepita come un ingombrante fardello di regolamenti e divieti, che rischiano di erodere il rapporto fiduciario coi pazienti. Questa percezione è in parte dovuta a una visione riduttiva dell'etica alla cui origine sta la mentalità positivista che permea la nostra cultura e un orientamento alla realtà quasi esclusivamente tecnologico. Un segno di questo orientamento radicale della cultura odierna è il venir meno dell'idea di una intrinseca dimensione etica della medicina e la conseguente eclissi dell'etica medica tradizionale, quasi completamente assorbita dalla bioetica. Una distinzione tra etica medica e bioetica è condizione fondamentale per garantire uno spazio di riflessione etica originale in medicina e, quindi, un dialogo realmente costruttivo tra etica filosofica e medicina. In questa prospettiva la medicina del lavoro si trova in una posizione particolarmente favorevole, all'incrocio di alcune direttrici fondamentali della vita degli esseri umani e della società: salute, lavoro e ambiente. In contesti in cui spesso prevalgono logiche che tendono a ignorare l'essere umano concreto e vivente e le esigenze più profonde della sua umanità, l'impegno morale della professione medica nei confronti della realtà integrale della persona umana rappresenta una delle sfide etiche più importanti per la medicina del lavoro e un contributo significativo al dibattito etico contemporaneo.

Pervenuto il 22.12.2015 - Accettato il 23.12.2015

Corrispondenza: Elisa Buzzi, Viale Europa, 11 - 25123 Brescia - Tel. 030.3717296 - Fax: 030.3717495 - E-mail: elisa.buzzi@unibs.it

1. LE SFIDE ETICHE DELLA MEDICINA ODIERNA

La medicina odierna è al centro di un dibattito etico che coinvolge tutti i suoi livelli: dalle cosiddette “pratiche di frontiera” alla normale attività clinica e assistenziale, dalla ricerca e sperimentazione scientifica, alla riorganizzazione del sistema sanitario. Le risposte ai problemi di oggi determineranno non solo la futura autocomprensione della professione medica, ma anche, in larga misura, il modo in cui la società formulerà le proprie aspettative e pratiche nelle aree della salute e la definizione che l'essere umano darà di se stesso in relazione a questioni fondamentali quali la vita, la nascita, l'invecchiamento e la morte; la sessualità e la genitorialità; la malattia, la disabilità e la sofferenza; la dignità della persona, la solidarietà e la giustizia.

Non sono questioni nuove, tutt'altro. Anche se la veste che esse assumono nel contesto della nostra società può apparire inusitata e la loro formulazione così radicale da essere conturbante, come riconosce Robert Spaemann da un punto di vista strettamente filosofico, «la sfida che la riflessione etica pone a se stessa è, dal V secolo avanti Cristo, in fondo, sempre la stessa» e «dove l'argomento in questione è la retta via soltanto il falso può apparire realmente nuovo». Tuttavia, «ciò che gli uomini già da sempre fanno, deve di volta in volta tornare a essere nuovamente pensato, dal momento che mutano le condizioni reali della vita e i concetti di cui disponiamo per comprendere noi stessi» (24).

In questa impresa di pensiero mai conclusa e oggi più che mai necessaria, un dialogo tra etica filosofica e medicina non è solo auspicabile, ma anche possibile, purché le due discipline siano realmente disposte a collaborare, superando una certa autoreferenzialità e una serie di reciproche incomprensioni che, in tempi recenti, hanno caratterizzato il loro rapporto e hanno impedito che esso sia realmente produttivo.

A fronte delle importanti sfide intellettuali e morali che oggi si prospettano per la medicina, si percepisce infatti un crescente disagio e una sorta di “demoralizzazione” della classe medica nei confronti di una richiesta etica, sempre più spesso sentita come un ingombrante fardello di norme, regolamenti e divieti che, anziché facilitare l'approccio agli inevitabili dilemmi morali che da sempre caratteriz-

zano l'agire medico, introducono ulteriori elementi di confusione e ostacoli nella prassi clinica e nella ricerca, soffocando l'iniziativa e mortificando la professionalità dei singoli medici. Quello che ne risente è quasi sempre il rapporto con il paziente e il vincolo fiduciario che pure dovrebbe costituire il nocciolo etico della medicina. Oggigiorno, osserva Onora O'Neill, «le relazioni tra i professionisti [della salute] e i pazienti sono irreggimentate, formalizzate e regolamentate in molti modi e ciò può erodere le ragioni della fiducia dei pazienti. I medici [...] sono sempre più spinti a rispondere [legalmente] delle loro azioni piuttosto che a essere comunicativi, a conformarsi ai regolamenti, piuttosto che a intraprendere relazioni di fiducia» (15).

2. UNA VISIONE RIDUTTIVA DELL'ETICA

Questa visione riduttiva, legalistica, dell'etica come insieme di regolamenti e “linee guida” cui conformarsi è indubbiamente spesso giustificata dall'esperienza quotidiana e, persino, dalle disavventure giudiziarie di molti professionisti della salute. Tuttavia essa ha un che di paradossale perché, nella sua accezione originaria, l'etica, in quanto riflessione razionale sull'agire umano in rapporto a un ideale di umanità e di “vita buona”, implica o dovrebbe implicare anzitutto quell'apertura di orizzonti, quella potenzialità di liberazione da vincoli puramente convenzionali e formali, che sono proprie della ragione umana nella sua tensione alla totalità e nella sua esigenza di significato. La dimensione normativa, soprattutto nella sua versione restrittiva e negativa di regola e divieto, è certamente parte dell'etica, ma solo in maniera subordinata e funzionale alla dimensione positiva, volta a giustificare l'agire umano nella sua tensione ideale a realizzare il valore e il bene.

Le ragioni della visione riduttiva dell'etica attualmente prevalente sono molteplici e complesse. La filosofia, in certe linee di sviluppo storico e teoretico, ha indubbiamente le sue responsabilità. Anche a prescindere da queste considerazioni, il senso di cortese disinteresse, se non di impaziente insoddisfazione, che circonda la riflessione filosofica in certi ambienti, tra i quali quello medico, può forse trovare una spiegazione in una osservazione di Abraham

Heschel: «La difficile situazione in cui si trova gran parte della filosofia contemporanea è dovuta, tra l'altro, al fatto che l'elaborazione dei concetti porta ormai così lontano dalle situazioni reali da cui nasce il filosofare che le conclusioni che se ne traggono paiono prive di rapporto con i problemi d'origine» (11). D'altra parte, la stessa classe medica non è esente da qualche responsabilità in questo fraintendimento, perché, nonostante la cosiddetta "esplosione della domanda etica" in medicina, il modo con cui tale domanda viene per lo più formulata e le aspettative di cui viene caricata sono così poco congeniali alla natura metodologica e disciplinare del discorso filosofico, da condurre a inevitabili delusioni. I medici, per mentalità e formazione, si attendono soprattutto risposte dirette e inequivocabili ai "problemi" etici, soluzioni operative ed efficaci nel gestire il processo decisionale e i conflitti di valore. E questa senza dubbio è stata ed è una sfida positiva e vitalizzante per la filosofia (26), sicché, come ha affermato Richard Hare, «se il filosofo morale non riesce a dare il suo aiuto nei problemi di etica medica, allora dovrebbe chiudere bottega». Hare si chiede, però, quale sia il tipo di aiuto che la filosofia può offrire alla medicina e a quanti sono coinvolti nei complessi dilemmi etici che essa comporta. Come effettivamente, in questi casi, il filosofo può aiutare? «Non nel modo che molti sembrano supporre. Proprio l'incapacità di offrire questo tipo di aiuto è la ragione per cui si conclude poi che la filosofia non può mai essere di alcun aiuto. Ma non dobbiamo andare in cerca di pozioni magiche. È molto importante comprendere che la relazione tra il filosofo morale e chi è assillato da una questione di etica medica non può mai essere identificata con quella sussistente tra un medico e

il suo paziente. I filosofi non possono dare ai loro pazienti delle pillole da ingoiare.» (9) La riduzione dell'etica in "pillole", a prontuario tecno-etico di istruzioni e procedure per gestire ogni possibile situazione moralmente spinosa, risente in maniera tangibile della mentalità positivista che permea la nostra cultura, anche e soprattutto scientifica e biomedica, e di un orientamento alla realtà che è quasi esclusivamente tecnologico. Sfortunatamente questo concetto dominante di etica «con la sua enfasi sul pragmatismo e l'applicabilità, non può cambiare il mondo della scienza e della tecnologia medica: ne fa troppo intrinsecamente parte» (25).

Un segno caratteristico di questo orientamento radicale che caratterizza la cultura e mentalità odierne è il venir meno di un'idea che ha dominato la storia della medicina razionale fin dai suoi primordi, non solo ma soprattutto in occidente: l'idea, cioè, di una essenziale dimensione etica della medicina¹. Una dimensione intrinseca alla medicina, talvolta in tensione dialettica con i suoi programmi di ricerca o anche in contrasto diretto con l'agire di singoli medici e, più di recente, sperimentatori, ma mai veramente e completamente disgiungibile dall'autentica natura e finalità della professione. Il venir meno o l'indebolirsi dell'idea della medicina come "pratica intrinsecamente morale" o "impresa in se stessa moralmente impegnata"² è la ragione per cui molta parte della riflessione etica in campo medico sembra oggi consistere nel tentativo di individuare principi e regole "esterni" alla professione da applicare per rendere morali o più morali una scienza e una tecnica in se stesse neutrali. In altre parole, nell'auto-comprensione della medicina odierna, i criteri etici della professione sono sempre più spesso concepiti

¹"In Occidental and Oriental cultures with a literate medicine, certain ethical precepts and counsel seem to be universally imposed upon those who would practice the healing arts. [...] These similarities across very different cultures and era make one wonder whether there may not be some inherent and universal moral atmosphere that surrounds the work of caring for the sick and pervades the work, regardless of culturally diverse moral systems." Jonsen A. R.: *A Short History of Medical Ethics*. Oxford – New York: Oxford University Press, 2000, pagg. 40-41.

²"To be concerned with healing and restoring is to be governed by a basic moral resolve to help afflicted persons [...]. Therefore medicine is an already committed moral enterprise [...]. Thus, if a distressed person presents to a professed healer and the healer agrees to try and help, then that physician's knowledge, technical skills, experience and time, beyond being (in our culture) legally contracted, are morally covenanted. The physician covenants to care for this patient – and that is the point, whether or not a particular physician (or for that matter, particular patient) does this well or poorly." Zaner R. M.: *Ethics and the Clinical Encounter*. Lima (Oh): Academic Renewal Press, 2003, pagg. 38-41.

come indipendenti dal corpus del sapere medico – le “basi intellettuali della medicina” (2) in se stesse autosufficienti e positivamente neutrali rispetto a questioni “umanistiche” di valore e significato – e perciò devono essere importati da altre discipline: di volta in volta il diritto, la filosofia, la sociologia, l’economia, la scienza politica.

3. ETICA MEDICA E BIOETICA

Un effetto oggi chiaramente discernibile di questo mutamento nell’autocomprensione della medicina – da impresa intrinsecamente morale a tecno-scienza moralmente neutra – è l’identificazione tout-court dell’etica medica con la bioetica e il tramonto dell’etica medica tradizionale, o, almeno, la sua riduzione a una dimensione puramente legalistica e procedurale. In realtà, come ha insistito più volte Edmund Pellegrino, tra bioetica e etica medica esiste una distinzione ed è bene che sia mantenuta. Mentre la prima si occupa di questioni normative che ineriscono all’applicazione delle conoscenze mediche a specifici problemi legati all’evoluzione delle tecno-scienze e della biomedicina, nella «interazione tra possibilità tecnologiche e valori umani», l’etica medica in senso proprio concentra la sua attenzione sulle relazioni tra persone e «tratta le questioni inerenti la funzione del medico in quanto tale e le obbligazioni morali che derivano dal suo impegno professionale, in quello specifico rapporto umano che definisce la relazione di cura, anche a prescindere dai problemi particolari per cui il paziente chiede assistenza». Pertanto, «benché i due campi spesso si sovrappongano, non sono mai precisamente congruenti» (16, 21).

Come lo stesso Pellegrino ha sottolineato, una condizione essenziale affinché tale distinzione sia riconosciuta e mantenuta, garantendo all’etica medica una consistenza autonoma e significativa, è una riflessione seria e radicale sulla natura e sui fini della medicina in quanto tale – e quindi anche sul rapporto tra medicina e scienza o, più precisamente, tra pratica medica e scienza medica – e sulle ragioni di coloro che, a vari livelli e in varie forme, si impegnano nella professione medica – “perché ci si prende cura delle persone malate?”, quindi, “cosa significa essere un medico?”. Chi è, chi deve essere, chi vo-

gliamo che sia il medico oggi e nel futuro prossimo: un mediatore tecnologico, un erogatore di beni di consumo sanitari, un burocrate efficiente, un professionista della cura? Chiedersi chi deve essere o chi vogliamo che sia un medico non è un esercizio inutile, perché ovviamente sullo sfondo di quello che ho definito un mutamento nell’autocomprensione della medicina si profilano diversi modelli della professione medica, con ovvie ricadute sul modo in cui vengono interpretati i suoi requisiti deontologici ed etici. Uno dei modelli apparentemente oggi più persuasivi è il cosiddetto “modello ingegneristico” (5, 27) un modello «che si concentra esclusivamente su cose da fare [...] la cui efficacia sia misurabile, e non sul coinvolgimento personale del professionista della salute con la vita sofferente della persona malata» (18). Una versione ancor più radicale di questa tipologia è quella indicata da H. T. Engelhardt, uno dei più influenti bioeticisti americani, nella sua proposta di “secolarizzazione” della professione medica – potremmo meglio tradurre: deprofessionalizzazione della medicina. Secondo Engelhardt l’impegno a rispettare la libertà e il pluralismo nella nostra società richiede che anche i medici, in quanto «custodi dell’ordine morale», si comportino come «buoni burocrati che seguono le procedure rispettando la libertà dei cittadini [...] Si potrebbe qui pensare [come modello] a un postino che consegna con eguale affidabilità il *New England Journal of Medicine*, *Playboy* e il *Journal of Medicine and Philosophy*» (7) Si può forse liquidare l’esempio di Engelhardt come una battuta – e nel caso di questo autore si resta sempre ultimamente incerti se le sue siano posizioni cui veramente aderisce o delle pure provocazioni. Non si può però negare che l’immagine del medico come pubblico impiegato, burocrate efficiente, tanto neutrale e distaccato rispetto al servizio che eroga e alle preferenze dei clienti, quanto puntale e preciso nell’erogarlo, non è così totalmente estranea alla mentalità comune da risultare inconcepibile. È altresì evidente che, in questa visione, è l’idea stessa di etica medica che deve scomparire ed essere sostituita da qualcosa che ha maggiormente a che fare con l’efficienza gestionale che non con la problematica morale o persino con la deontologia professionale.

Esistono, in ogni caso, opinioni differenti e contrastanti sulla questione della natura e dei fini del-

la medicina e della professione medica, cui ho accennato in maniera del tutto tangenziale, ed essa è troppo vasta e complessa per essere affrontata adeguatamente in questa sede. Si può per lo meno dare per ammesso che si tratta di una questione aperta e che ha implicazioni decisive sul modo di concepire l'etica medica, anzi sulla possibilità stessa di concepire un'etica medica distinta dalla bioetica e dal biodiritto. L'aspetto che mi preme sviluppare è che, se si accetta questa distinzione, si apre lo spazio per una riflessione etica in medicina che, senza essere autoreferenziale, sia in grado di rinvenire nella pratica e nell'esperienza professionale motivazioni, convinzioni, responsabilità, stili di comportamento, fini e modelli di eccellenza dotati di una intelligibilità antropologica e morale propria. Si apre lo spazio per un'etica medica, quindi, che almeno tendenzialmente non sia estranea al "sapere" medico, ma ne faccia parte integrante. Inoltre, accettando questa distinzione e riconoscendo all'etica medica lo spazio per una riflessione originale, è forse possibile non solo superare una certa latente conflittualità tra etica filosofica e medicina, ma anche incrementare un dialogo più proficuo tra le due discipline. In questa prospettiva la medicina potrebbe, cioè, offrire un suo contributo specifico e unico, che non si limiti allo sforzo o alla sensibilità personale dei singoli medici, ma sia veramente l'espressione della comunità professionale come «comunità morale [...] in grado di sostenere l'integrità morale dei suoi membri» e, ancora di più, in grado di proporsi come «paradigma di servizio disinteressato, capace di innalzare il livello della moralità convenzionale» (22).

4. ETICA, ETICA MEDICA E MEDICINA DEL LAVORO

A questo proposito la medicina del lavoro si trova in una posizione particolarmente favorevole e, sotto certi aspetti, privilegiata, perché, come e più di altre specialità mediche, si pone all'incrocio di alcune direttrici fondamentali della vita degli esseri umani e della società, contestualizzate, per altro, nel più

vasto scenario del progresso scientifico e tecnologico, con i rapidi e profondi mutamenti culturali che esso sta già determinando e le scelte coraggiose e creative che esso impone: la sfera della salute e del benessere fisico e mentale degli esseri umani nei loro risvolti di tutela, prevenzione, terapia e riabilitazione; il mondo del lavoro come dimensione espressiva fondamentale e necessaria degli esseri umani e della società; l'ambiente in cui si svolge la vita degli uomini e delle comunità umane e dal quale dipende tanta parte del loro benessere e della loro qualità di vita. Sono tutte direttrici e dimensioni che vengono fortemente sottolineate dal Codice Etico Internazionale dei professionisti della Medicina del Lavoro (12) e costituiscono gli ambiti categoriali attorno ai quali si sviluppa la sua normativa. Particolarmente significativa è l'insistenza, fin dalle prime battute del documento, sulla necessità di un approccio interdisciplinare (12), insistenza che, per il contesto in cui è inserita, non implica solamente un'esigenza di carattere tecnico, ma un'istanza specificamente etica - la tensione a mantenere un approccio comprensivo ai bisogni del lavoratore, coerente con la complessità delle sue dimensioni personali e sociali (12). Questa preoccupazione etica si riflette anche nella consapevolezza della necessità di definire gli obiettivi specifici della medicina del lavoro nella prospettiva di uno "sviluppo sostenibile, equo, socialmente utile e *rispondente alle esigenze umane*", chiarendo altresì che il fine di una "buona pratica della medicina del lavoro non è semplicemente eseguire (*perform*) valutazioni e fornire servizi, ma implica prendersi cura della salute dei lavoratori ..." (12). Quest'ultima precisazione è estremamente pregnante, non solo perché, come ha osservato Scott Buchanan, un pensiero e un'azione che hanno perso di vista il loro fine tendono inevitabilmente a oscillare tra il fanatismo e la futilità³, ma soprattutto perché si identificano in questo modo, con estrema lucidità, lo spessore e la misura dell'obbligazione propriamente etica della medicina: «Medicine must not only perform well but also act well» (17). Nel chiaroscuro di questa distinzione cruciale tra *performance*/esecuzione e

³ "It is a simple fact, but almost universally ignored in modern thought, that when one loses sight of the end of one's thought and action, the thought and action waver between fanaticism and futility." Buchanan S: *The Doctrine of Signatures: A Defence of Theory in Medicine* (1938). Abingdon: Routledge 2002, pag. 174.

azione, che oggi, troppo spesso, rischia di essere trascurata, si gioca una partita la cui posta è, ancora una volta, la possibilità di un'etica medica autonoma, non autosufficiente, ma neppure completamente soggetta a pressioni esterne ed estranee alle finalità prioritarie e ai criteri di una buona medicina.

Non è difficile cogliere tra le righe delle raccomandazioni del Codice Deontologico una definita preoccupazione a questo riguardo, ad esempio dove si ricorda che “i requisiti fondamentali per una buona pratica professionale includono la piena indipendenza professionale”, cosicché i professionisti in questo campo possano godere quello spazio discrezionale nell'esercizio delle loro funzioni che li abilita a “esprimere i loro giudizi e offrire la loro consulenza per la protezione della salute dei lavoratori secondo scienza e coscienza ... e in accordo con i criteri di buona pratica e i migliori standard professionali” (12). E la stessa sollecitazione viene chiaramente ribadita in seguito tra i principi fondamentali sui quali si basa il codice etico della professione⁴. In effetti, proprio per quella sua peculiare posizione, all'incrocio delle dimensioni e delle preoccupazioni che maggiormente interessano l'essere umano, la medicina del lavoro si trova anche esposta, come e più di altre specialità mediche, a difficoltà e rischi che non vanno sottovalutati. Difficoltà anzitutto di ordine comunicativo e intellettuale inerenti a ogni approccio realmente interdisciplinare, per l'intrecciarsi dei diversi linguaggi, metodologie, riferimenti categoriali e concettuali, forme di argomentazione e criteri di giustificazione che caratterizzano le diverse discipline. E, soprattutto, rischi, tra i quali, in particolare, il rischio di smarrire la propria identità e lasciarsi dettare dall'esterno i criteri di valutazione e di azione, specialmente laddove entrano in gioco potenti interessi socio-economici e politici e obiettive esigenze di efficienza, organizzazione, produttività (20). Quando si parla di pressioni esterne non si intendono solo le forme esplicite, più o meno dirette, iscrivibili nella rubrica dei conflitti di interesse, ma anche quel tipo di sollecitazioni più sottili e persua-

sive esercitate da una mentalità diffusa e dall'accettazione acritica dei suoi presupposti. Pensiamo, ad esempio, alla rappresentazione, oggi prevalente, della società come totalità astratta, dominata da equilibri di potere e dai meccanismi impersonali delle leggi del mercato. In questo contesto, facilmente, le idee di giustizia, equità, responsabilità, sviluppo, salute, qualità della vita possono venire interpretate secondo registri esclusivamente economico-politici più che morali, determinati da modelli utilitaristici di efficienza e controllo sociale, più che rispondenti alle esigenze umane e ai canoni di una buona medicina.

Tuttavia, queste difficoltà e questi rischi possono anche rivelarsi possibilità e risorse positive, proprio dal punto di vista etico, nel momento in cui la medicina del lavoro, rispondendo al suo mandato specifico, sappia riportare l'attenzione della società in generale e del mondo del lavoro in particolare sulla realtà integrale della persona umana incarnata in un corpo, con i suoi bisogni e la sua vulnerabilità, i suoi limiti e le sue potenzialità. In ambienti in cui spesso prevalgono logiche di pensiero e di azione che tendono non solo a mortificare il soggetto astratto dei diritti che è protagonista di tanta parte dell'etica contemporanea, ma anche a ignorare l'essere umano concreto e vivente, da sempre oggetto della cura medica, e le esigenze più profonde della sua umanità, l'impegno morale della professione medica nei confronti dell'“umanità ferita” dei pazienti (19) rappresenta sicuramente una delle sfide etiche più importanti per la medicina del lavoro, proprio nella direzione di quel contributo all'innalzamento del livello della moralità convenzionale, auspicato da Pellegrino.

In questo senso è possibile anche prospettare una forma di dialogo tra medicina e filosofia morale, in cui l'etica medica e la professione medica, com'è già accaduto in passato, possono realmente offrire anche oggi il loro apporto originale e costruttivo al dibattito etico nel suo complesso. A questo proposito, possiamo partire da un'osservazione, che riguarda ancora il campo della medicina: in un testo

⁴“Occupational health professionals are expert who must enjoy full professional independence in the execution of their functions. They must acquire and maintain the competence necessary for their duties and require conditions which allows them to carry out their tasks according to good practice and professional ethics.” International Code of Ethics for Occupational Health Professionals, Third Edition, ICOH/CIST 2014: Basic Principles, pag. 16.

pubblicato di recente, Eric Cassell si chiede «perché il riduzionismo vince sempre?» (3); come mai l'aspirazione, ormai più che decennale, a una medicina maggiormente *patient centered* sembra aver prodotto frutti così deludenti, ed essere rimasta al livello delle dichiarazioni di principio, senza scalfire se non la superficie di una medicina più che mai *disease centered*. «Oggi ogni ospedale, istituzione medica, scuola di medicina dichiara di essere centrata sul paziente. "Centrata sul paziente" ha assunto il significato di una attenzione alla volontà, alle esigenze, ai desideri, alle preoccupazioni e preferenze dei pazienti e di una richiesta che i pazienti ricevano l'educazione e il supporto necessari a prendere decisioni e a partecipare al proprio processo di cura. I medici frequentemente si sono spostati verso una funzione di consulenza e acquisizione del consenso laddove ai pazienti è richiesto di prendere le decisioni» (3). Questi cambiamenti possono essere stati, per molti aspetti, positivi, socio-culturalmente inevitabili ed eticamente giustificati, ma significano realmente un mutamento di direzione nella medicina? Secondo Cassell, no, dal momento che «la cura in questi stessi ospedali ed istituzioni mediche resta, non meno che in passato, saldamente imperniata sulle patologie e sulle loro manifestazioni fisiche. Non può essere altrimenti data la sempre crescente influenza dei metodi, dei valori e dell'inevitabile orientamento riduzionistico della scienza» (3). Qui, come altrove, Cassell individua le responsabilità principali di questa situazione nella medicina, o meglio, nelle basi intellettuali della medicina scientifica e nella loro indiscussa adesione ai presupposti di una visione positivista, meccanicistica e dualistica⁵. Ma un'attenta lettura delle os-

servazioni di Cassell suggerisce che anche la visione specificamente antropologica e morale che è per lo più alla base dell'impulso alla personalizzazione della medicina non è esente da quelle forme di riduzionismo e dualismo che caratterizzano la concezione scientifica e impediscono un'adeguata comprensione del paziente nella sua «completa, integrale e unica realtà di persona» (4). Infatti, il soggetto di quelle preferenze e volontà, di quei bisogni, desideri e diritti all'autodeterminazione, sui quali, come osserva Cassell, si è focalizzata la tensione a centrare la medicina sul paziente, è l'individuo astratto e isolato, completamente indipendente e autosufficiente, che definisce il paradigma della soggettività morale in gran parte dell'etica moderna. Un soggetto morale che, come osserva Alasdair MacIntyre, non è toccato, se non marginalmente e in maniera inessenziale, dalla vulnerabilità, dalla malattia, dalla sofferenza e, quindi, dalla inevitabile dipendenza da altri, che pure caratterizzano tanta parte della condizione umana "incarnata". «E allorché il malato, il sofferente e il disabile *trovano posto* nelle pagine di un libro di filosofia morale, è in pratica sempre nella veste di un possibile oggetto di benevolenza da parte dei veri agenti morali, i quali, invece, per tutto il corso della loro vita, sono esseri perfettamente razionali, che godono di perfetta salute e non sono toccati da alcun problema. In altre parole, nei libri di filosofia morale, il disabile è sempre un altro, qualcuno di diverso da noi, un genere a se stante, quale noi non siamo mai stati, possiamo essere in questo preciso istante o potremmo benissimo essere nel futuro.» (14). La concezione antropologica sottesa, più o meno apertamente, da questa visione, soprattutto

⁵«One reason of this failure – surprising in view of the amount of time, effort, and thought expended – is that in the intellectual basis of modern medicine, sick persons and their diseases are not *logically* a part of a disease-oriented medicine. [...] Disease theory has no logical relation to person – in disease theory it does not matter what person has the disease – and therefore, the common complaint that patients are overlooked in the treatment of their diseases is another way of stating that, in the intellectual basis of modern medicine, patients and their diseases are not logically related. Emphasis during the training of doctors on something (person) not logically related to what is central in their education (science of disease) will not solve the basic intellectual problem that arises from trying to concentrate on two logically unrelated subjects.» *Medicine*, 2nd. Edition, Oxford - New York: Oxford University Press, 2004, pag. 130. Vedi anche *ibid.*, pagg. VIII, XVIII, 6-7, 33, 76-87, 144-147. Bisogna notare che Cassell non intende in nessun modo minimizzare o condannare il contributo fondamentale della scienza in generale e della scienza medica in particolare: «It is not science that has failed. The science has been superb and provided understanding and diagnostic and therapeutic power not even dreamed of at the beginning of the 20th century. The failure has been the belief that it is the scientific knowledge by itself that does these wonders for patients.» *Medicine: The Return of the Clinician*. Oxford - New York: Oxford University Press, 2015, pagg. 1-2

in alcune versioni recenti ed estreme⁶, è un rigido dualismo che nega al corpo umano, alla vita del corpo, alle relazioni che si instaurano attraverso il corpo e anche ai limiti e alla sofferenza del corpo, la dignità di dimensioni essenziali ed integrali della persona. Tale dignità è riconosciuta solo alla “parte” cosciente, razionale dell’essere umano, dunque alla sua capacità cognitiva e volitiva, mentre il corpo e la sua vita sono ridotti a strumenti o oggetti, “proprietà” della persona, sottoposti alla sua sovrana volontà, indefinitamente plastici e plasmabili da qualsiasi progetto identitario o di perfezionamento tecnologico, dall’ingegneria sociale all’ingegneria genetica (23). Una medicina che, abbandonati i presupposti riduzionistici e dualistici e il progetto utopico che li accompagna, sappia recuperare la sua autentica natura di “sapienza del corpo” (17) può veramente introdurre nel dibattito etico odierno una visione più realistica e solidale della condizione umana, anche e soprattutto nel mondo del lavoro e della produzione. Insegnandoci a negoziare con i limiti e le possibilità della nostra esistenza finita e corporea in maniera giusta, *rispondente alle esigenze umane* e profondamente impegnata nella protezione e nella cura della vita, la medicina e l’etica medica possono realmente proporsi come “paradigma della vita morale”, in quanto ci ricordano che «fa parte della nostra natura essere una comunità di uomini che si rifiutano di permettere che la sofferenza ci estranei gli uni agli altri [...] e che non possono ammettere che si abbandonino coloro che hanno bisogno del nostro aiuto» (10).

⁶Il giudizio di MacIntyre trova conferma estremamente radicale in alcune recenti teorie etiche e bioetiche che tendono a escludere dalla “comunità morale laica” gli esseri umani che, secondo tali teorie, non hanno lo status e i diritti delle persone: feti, infanti, ritardati mentali gravi e malati o feriti in coma irreversibile. Vedi: Engelhardt H. T., Jr.: *Manuale di bioetica*, trad. italiana di Rini S. Milano: Il Saggiatore, 1991, pag. 159. Vedi anche Engelhardt H. T., Jr.: *Some Persons are Humans, Some Humans are Persons, and the World is What We Persons Make of It*, in *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, cit.: 183-194; Parfit D: *Ragioni e persone*, trad. italiana di Rini S. Milano: Il Saggiatore, 1989; Singer P.: *Etica Pratica*, trad. italiana di Ferranti G. Napoli: Liguori, 1989; Maffettone S.: *Valori comuni*. Milano: Il Saggiatore, 1989.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. Buchanan S: *The Doctrine of Signatures: A Defence of Theory in Medicine* (1938). Abingdon: Routledge, 2002
2. Cassell EJ: *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2nd ed. Oxford – New York: Oxford University Press, 2004; XVIII, 28, 18, 18-19
3. Cassell E J: *The Nature of Clinical Medicine: The Return of the Clinician*. Oxford -New York: Oxford University Press, 2015; 18-19, 28
4. Cesana G: *Il “Ministero” della salute. Note introduttive alla medicina*. Firenze: Società Editrice Fiorentina, 2005; 53
5. Emmanuel EJ, Emmanuel LL: *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. JAMA 1992; 267: 2221-2226
6. Engelhardt HT, Jr: *Some Persons are Humans, Some Humans are Persons, and the World is What We Persons Make of It*, in Spicker S. F./ Engelhardt H. T., Jr. (eds.): *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*. Dordrecht – Boston: D. Reidel Publ. Co, 1977: cit.: 183-194.
7. Engelhardt HT, Jr: *Bioethics in pluralist societies. Perspectives in Biology and Medicine* 1982; 25: 64-77
8. Engelhardt HT, Jr: *Manuale di bioetica*, trad. italiana di Rini S. Milano: Il Saggiatore, 1991
9. Hare RM: *Medical Ethics: Can the Moral Philosopher Help?*, in *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, cit.: 49-61
10. Hauerwas S: *Suffering Presence: Theological Reflections on Medicine, the Mentally Handicapped, and the Church*. Edimburgh: T&T Clark, 1986; 7-13
11. Heschel AJ: *Chi è l’uomo?*, trad. italiana di Mortara L./ Mortara Di Veroli E. Milano: SE, 2005; 15-16
12. *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals, Third Edition*, ICOH/CIST 2014; 9; 11-13; 15.
13. Jonsen AR: *A Short History of Medical Ethics*. Oxford-New York: Oxford University Press, 2000
14. MacIntyre A: *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, a cura di D’Avenia M. Milano: Vita e Pensiero, 2001; 3-4
15. O’Neill O: *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002; 39
16. Pellegrino ED: *Moral Agency and Professional Ethics: Some Notes on the Transformation of the Physician-Patient Encounter*, in *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, cit.: 213-220
17. Pellegrino ED, Thomasma CD: *A Philosophical Basis*

- of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. New York – Oxford: Oxford University Press, 1981; 105-118; 148
18. Pellegrino ED, Thomasma DC: The Christian Virtues in Medical Practice. Oxford – New York: Oxford University Press, 1993; 93
 19. Pellegrino ED: Humanistic Basis of Professional Ethics, in Engelhardt H. T., Jr./Jotterand F. (eds.): The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader. Notre Dame (In.): University of Notre Dame Press, 2008, cit.: 87-100
 20. Pellegrino ED: The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic, in The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader, cit.: 101-126
 21. Pellegrino ED: From Medical Ethics to a Moral Philosophy of the Professions, in The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader, cit.: 147-160.
 22. Pellegrino ED: Character, Virtue, and Self-Interest in the Ethics of the Professions, in The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader, cit.: 231-254
 23. Pessina A: Biopolitica e persona, *Medicina e Morale* 2009; 59: 239-253
 24. Spaemann R: Felicità e benevolenza, trad. italiana di Amori M. Milano: Vita e Pensiero, 1998; 5
 25. Ten Have HAMJ: Approcci europei all'etica nella medicina clinica, in Viafora C. (a cura di): *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*. Padova: Gregoriana, 1995: 93-118
 26. Toulmin S: How Medicine Saved the Life of Ethics, *Perspectives in Biology and Medicine* 1982; 25: 736-750
 27. Veatch RM: The Patient-Physician Relation: The Patient as a Partner, Part 2. Bloomington (In.): Indiana University Press, 1991; 12
 28. Zaner RM: *Ethics and the Clinical Encounter*. Lima (Oh): Academic Renewal Press; 2003